

ΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ.

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΞΑΜΗΝΟ: Η

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΘΕΜΑ: Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΟΝΤΩΝ
ΠΟΥ ΟΔΗΓΟΥΝ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ Ο
ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.**



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑ:

ΓΟΥΡΓΟΥΛΗ ΘΕΩΝΗ-ΘΕΟΔΩΡΑ

ΕΙΣΗΓΗΤΡΙΑ:

Κ.Α ΣΑΛΑΤΑ Α. Μ.Σ.σ

ΚΑΘ/ΤΡΙΑ ΕΦΑΡ/ΓΩΝ

ΠΑΤΡΑ 2012

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	ΣΕΛ 4-5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	ΣΕΛ 6-7

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.....	ΣΕΛ 8-9
1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	ΣΕΛ 10-12
1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ.....	ΣΕΛ 13
1.3.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	ΣΕΛ 14
1.3.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	ΣΕΛ 15
1.3.3 ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	ΣΕΛ 16-17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	ΣΕΛ 18
2.1.1 Διαγνωστικά κριτήρια για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο.....	ΣΕΛ 18
2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	ΣΕΛ 19-21
2.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	ΣΕΛ 22

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	ΣΕΛ 23-24
3.1.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ.....	ΣΕΛ 25-28

3.1.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ STRESS.....	ΣΕΛ 29-37
3.1.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ STRESS.....	ΣΕΛ 38-44
3.1.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.....	ΣΕΛ 45-49

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.....	ΣΕΛ 50
4.1.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.....	ΣΕΛ 51
4.2 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ/ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ.....	ΣΕΛ 52-54
4.3 ΕΙΔΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ.....	ΣΕΛ 55-62
4.4 ΟΔΗΓΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ.....	ΣΕΛ 63-65
4.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΜΕΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	ΣΕΛ 66-69
4.6 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	ΣΕΛ 70-77
4.7 ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	ΣΕΛ 78-80

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ- ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	ΣΕΛ 81-84
5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	ΣΕΛ 85-86
5.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	ΣΕΛ 87-89
5.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....	ΣΕΛ 90
5.4.1 Χαμηλή αυτοεκτίμηση.....	ΣΕΛ 91-92
5.4.2 Κίνδυνος επιθετικότητας εναντίων του εαυτού του.....	ΣΕΛ 93-94

5.4.3 Εμφάνιση διαταραχής κοινωνικής επικοινωνίας.....	ΣΕΛ 95-96
5.4.4 Κάλυψη προσωπικών αναγκών.....	ΣΕΛ 97
5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	ΣΕΛ 98-100
5.6 ΣΚΟΠΟΙ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ.....	ΣΕΛ 101

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	ΣΕΛ 102-104
6.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΒΑΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	ΣΕΛ 105-111

ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	ΣΕΛ 112
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	ΣΕΛ 113-115
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	ΣΕΛ 116-120

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κατάθλιψη προσβάλλει τα τελευταία χρόνια, 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. Ευθύνεται για την απώλεια του 10% των παραγωγικών ωρών παγκοσμίως. Η μία στις τέσσερις γυναίκες και ο ένας στους οκτώ άνδρες μπορούν να εμφανίσουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Σχεδόν οι μισές από όλες τις περιπτώσεις κατάθλιψης δεν αναγνωρίζονται και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία ενώ 10% περίπου των καταθλιπτικών ασθενών αυτοκτονούν. Gender and society. (n.d). <http://www.neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm> (6/8/2012). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προβλέπει ότι μέχρι το έτος 2020 η κατάθλιψη θα είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα υγείας στον αναπτυσσόμενο κόσμο προσβάλλοντας πιθανόν περισσότερο από το 25% του πληθυσμού και μέχρι τότε, η βαριά κατάθλιψη θα αποτελεί το δεύτερο σημαντικότερο αίτιο θανάτου και ανικανότητας αν και η κατάθλιψη είναι θεραπεύσιμη. Καταρτζής, (2008). <http://www.katartzis-sotirios.gr/html/katathlipsi.html> (17/8/2012). Επίσης, πολύ συχνά η κατάθλιψη συναντάται ταυτόχρονα (συνοσηρότητα) με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως Διαταραχές του Άγχους, Κατάχρηση Αλκοόλ και Διαταραχή Πανικού (Μάνου,1997).

Σύμφωνα με τις -κυριολεκτικά- εκατοντάδες έρευνες των τελευταίων δεκαετιών υπολογίζεται πως η κατάθλιψη έχει γενετική επιβάρυνση σε ποσοστό περίπου 40%-50%. Προς το παρόν δεν έχει βρεθεί συγκεκριμένο γονίδιο που να είναι υπεύθυνο για την εμφάνιση κατάθλιψης, γι' αυτό θεωρείται πως πολλά διαφορετικά γονίδια καθορίζουν αυτό το υψηλό ποσοστό γενετικής επιβάρυνσης. Το υπόλοιπο 50%-60% της επιβάρυνσης είναι διάφοροι ψυχοσωματικοί παράγοντες, όπως παιδικά τραύματα, ψυχολογικό/συναισθηματικό στρες, εμφάνιση σωματικών ασθενειών, ανωμαλίες στην ομαλή ανάπτυξη του εγκεφάλου. Φυσικά δεν υπάρχουν “καθαρές περιπτώσεις” όπου κάποιος μπορεί να καταδείξει 1 ή 2 συγκεκριμένους παράγοντες για την εμφάνιση της κατάθλιψης. Σε όλες τις περιπτώσεις μιλάμε για συνδυασμό παραγόντων διαφορετικής φύσεως. Agorastos, (2008). <http://psychologein.sciblogs.net> (11/8/2012).

Μέσα από αυτή την εργασία θα ήθελα να θίξω αυτό το φαινόμενο (καταθλιπτικές διαταραχές) που στις μέρες μας οι ψυχικά ασθενείς ολοένα και πληθαίνουν, επίσης θα ήθελα να δώσω έμφαση στο τρόπο που οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ασθενείς τους σε κάποιες από τις δυσκολίες, που εμφανίζονται στη ψυχική νόσο, και τέλος να αναφέρω τον κοινωνικό ρατσισμό που αντιμετωπίζουν αυτοί οι ασθενείς.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ασθένεια αυτή είναι γνωστή από την αρχαιότητα τόσο από τους ποιητές, πολιτικούς ηθοποιούς όσο και από τους επιστήμονες. Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του. Περιγραφές της κατάθλιψης βρέθηκαν σε σουμερικά και αιγυπτιακά κείμενα. Επεισόδια καταθλιπτικά περιγράφονται στην Παλαιά Διαθήκη (η ιστορία του Βασιλιά Σαούλ) και στην Ιλιάδα του Ομήρου (αυτοκτονία του Αίαντα). Ο Ιπποκράτης (460-370 π.χ.) πρώτος χρησιμοποίησε τους όρους **μελαγχολία** και **μανία**. Ο Ιπποκράτης υποστήριζε ότι η μελαγχολία είναι κατά βάση μια νόσος του εγκεφάλου που αφορούσε τη φύση των χυμών του εγκεφάλου, μια συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής . Πίστευε ότι στη μελαγχολία συμπλέκονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες, ότι «ένας μακροχρόνιος μόχθος της ψυχής μπορεί να προκαλέσει μελαγχολία» και ξεχώριζε την αρρώστια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά γεγονότα από την αρρώστια που δεν είχε προφανή εξωτερικά αίτια. Η άποψη του Αριστοτέλη για την κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Επηρεασμένος από την ιδέα της «θείας μανίας» του Πλάτωνα, την συνέδεσε με τη μελαγχολία. Παρόλο που αναζητούσε τρόπους για να θεραπεύσει την πάθηση, πίστευε επίσης ότι μια ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα: **«όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας»**. ιδέα της εμπνευσμένης μελαγχολίας προέβαλε και ο αυτόχειρας Ρωμαίος φιλόσοφος Σενέκας. Την ξανασυναντούμε στην Αναγέννηση, όπου η μελαγχολία εθεωρείτο δρόμος προς την θεία έμπνευση. Η Ιπποκρατική ταξινόμηση διατηρήθηκε μέχρι τον δέκατο έκτο και αρχές του δέκατου έβδομου αιώνα. Το 1686 ο Bonet περιέγραψε μια νόσο που ονόμασε «Maniaco-Melancholicus». Το 1854 ο J.Falret μελέτησε την «folie circulaire», ενώ ο Kahlbaum : χρησιμοποίησε τον όρο «κυκλοθυμία». Καθοριστικό ρόλο στην κατάταξη των καταθλιπτικών διαταραχών διαδραμάτισε ο Γερμανός Ψυχίατρος Emil Kraepelin (1856-1926) που περιέγραψε την «Μανιοκαταθλιπτική Ψύχωση» και την διαχώρισε από την πρόιμη άνοια (Dementia praecox), που αργότερα ονομάστηκε από τον Bleuler σχιζοφρένεια. Μεγάλοι καλλιτέχνες, βίωσαν σοβαρά καταθλιπτικά και μανιακά επεισόδια και νοσηλεύτηκαν γι' αυτό.

Από τους συγγραφείς ξεχωριστή θέση κατέχουν ο Τζιάκομο Λεοπάρντι, ο Λέο Τολστόϊ, ο Τσαρλς Μποντλαίρ, ο Γκουστάβ Φλομπέρ, ο Έρνεστ Χέμγουεϊ, και η Σύλβια Πλάθ. Αυγουστάτος, (2008). <http://psycosynthesis...blogspot.gr/2008/05/blog/-post-09.html> (11/8/2012).

Η συγγραφέας Βιρτζίνια Γουλφ δίνει τέλος στη ζωή της μετά από κρίση μείζονος κατάθλιψης – το ίδιο και ο Κώστας Καρυωτάκης. Κορυφαίοι συνθέτες όπως ο Μότσαρτ, ο Σούμπερτ ή ο Σούμαν και ο Τσαϊκόφσκι βασανίζονταν για χρόνια από την ευαίσθητη, μανιοκαταθλιπτική τους φύση. Άλλες κορυφαίες προσωπικότητες όπως ο χορευτής Νιζίνσκι και οι ζωγράφοι Μοντλιάνι και Τζάκσον Πολλοί, ήταν καταθλιπτικοί ασθενείς. Greenberg, (n.d). <http://www.katathlipsi.gr.index.php?option=com-content&task=view&id=86&Itemid=1> (11/8/2012).

Από τους διάσημους καταθλιπτικούς πολιτικούς συγκαταλέγονται ο Αβραάμ Λίνκολν και ο Ουίστον Τσόρτσιλ. Από τους σύγχρονους ηθοποιούς η Μαίριλιν Μονρόε, η Τζούντη Γκάρλαντ, η Μπριζίτ Μπαρντό, η Ελίζαμπεθ Ταίηλορ ο Ζαν Κλωντ Βαν Νταμ, ο Τζακίν Φοίνιξ, ο Όουεν Γουίλσον και η ταλαντούχος μόλις εικοσάχρονη Λίντσεη Λαχάν είναι μερικοί μόνο από αυτούς που παραδέχτηκαν δημόσια ότι έπασχαν από συναισθηματική διαταραχή. Από τους σημερινούς τραγουδιστές οι Sting, Robbie Williams, Amy Whitehouse και η Britney Spears είναι τα πιο γνωστά (όχι και μοναδικά) ονόματα. Διάσημοι καταθλιπτικοί αυτόχειρες (άμεσα ή έμμεσα) σύγχρονοι καλλιτέχνες υπήρξαν οι Jonh Belushi, Brian Jones, Kurt Cobain, Pamela Courson, Dalida, Michael Hutchence, Heath Ledger, Mia Martini, Jim Morrison, Luigi Tenco, Penn Chris, Elvis Presley, Anne Nicole Smith, Paula Yates και πολλοί άλλοι. Αυγουστάτος, (2008). <http://psycosynthesis...blogspot.gr/2008/05/blog/-post-09.html> (11/8/2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ.

Η κατάθλιψη δεν είναι απλά αυτό που λέμε "είμαι πεσμένος". Είναι ένα επίμονο αίσθημα θλίψης που δεν υποχωρεί. Μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και είναι ανεξάρτητη από κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο. Υπολογίζεται ότι 1 στους 11 ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποια περίοδο της ζωής του. Η αντιμετώπισή της είναι πολύ σημαντική, αφού η νόσος αυτή μπορεί να επηρεάσει το άτομο, την οικογένεια, την εργασία. Παναρετάκη, (n.d).

http://www.Panakeia.org.gr/Ti_Einaikatathlipsi.asp (16/9/2012). Η κατάθλιψη ανήκει στην κατηγορία των διαταραχών της διάθεσης (ή Συναισθηματικές διαταραχές). Οι Διαταραχές της Διάθεσης (ή Συναισθηματικές Διαταραχές) είναι μία ομάδα διαταραχών που χαρακτηρίζονται από διαταραχή του συναισθηματικού τόνου. Η συναισθηματική διάθεση ή απλά διάθεση (mood) είναι ο καθολικός και σταθερός συναισθηματικός τόνος που βιώνεται εσωτερικά και που σε ακραίες περιπτώσεις μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό όλες κυριολεκτικά τις πλευρές της συμπεριφοράς ενός ατόμου, καθώς και την αντίληψη για τον κόσμο που έχει το άτομο αυτό (Μάνου, 1997). Οι Καταθλιπτικές Διαταραχές χαρακτηρίζονται από μία πληθώρα συμπτωμάτων όπου η «φυσιολογική» ανανεωνόμενη διάθεση επισκιάζεται από μία «παθολογική-καταθλιπτική» διάθεση, η οποία ωστόσο μπορεί να μην είναι πάντα εμφανής άλλα να συνυπάρχει με άλλα συμπτώματα (από το αυτόνομο νευρικό σύστημα, τη σκέψη) που να θέτουν τη διάγνωση. Στην πραγματικότητα πρόκειται για σύνδρομα που χαρακτηρίζονται από μια πλειάδα σημείων και συμπτωμάτων που αντιπροσωπεύουν μια υποτροπιάζουσα εκτροπή του ατόμου από τη συνήθη λειτουργικότητά του. Gender and society. (n.d.).<http://www.egoideal.gr/Χρήσιμα/11-ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.html> (20/9/2012). Η κατάθλιψη είναι μια κοινή ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από αρνητικά συναισθήματα όπως λύπη, θλίψη, απελπισία, τύψεις, συναισθήματα ενοχής, αϋπνία, ανορεξία, απώλεια ενεργητικότητας, δυσκολία στην συγκέντρωση, ακόμα και ελάττωση της σεξουαλικής διάθεσης (Μάνου, 1997). Φυσικά δεν παρουσιάζουν όλα τα άτομα τα ίδια συμπτώματα, ενώ ακόμη και αν έχουν τα ίδια συμπτώματα, η έντασή τους διαφέρει.

Η κατάθλιψη μπορεί από παροδική, να γίνει μια χρόνια κατάσταση, εμποδίζοντας την ομαλή ψυχική λειτουργία του ατόμου αλλά και σε ακραίες περιπτώσεις να οδηγήσει ακόμη και στην αυτοκτονία. Agorastos, D. (2008). <http://psychologein.sciblogs.net> (11/8/2012). Επίσης έχει χαρακτηριστεί σαν θάνατος εν ζωή, αφού ο άνθρωπος δοκιμάζει πλήρη απώλεια ζωτικότητας, αυθορμητισμού, κινητικότητας και σκοπού, μέχρι που φτάνει στο σημείο να επιθυμεί και να σχεδιάζει την αυτοκαταστροφή του (Ραγιά, 2009).

Οι σημαντικότερες κατηγορίες των καταθλιπτικών διαταραχών θα αναφερθούν ονομαστικά και είναι οι εξής:

- 1) Η Μείζων καταθλιπτική διαταραχή
- 2) Η Δυσθυμική διαταραχή.
- 3) Διπολική διαταραχή I.
- 4) Διπολική διαταραχή II
- 5) Κυκλοθυμική διαταραχή
- 6) Διπολική διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς. Βενέτη, (n.d.). <http://e-psychology.gr/grief-depression-cognitive-behavioral-therapy-vasiliki-psychologist> (20/9/2012).

1.2 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα επιδημιολογικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης είναι τα εξής:

- Ø Φύλο
- Ø Ηλικία
- Ø Οικογενειακό ιστορικό
- Ø Κοινωνική-οικονομική κατάσταση
- Ø Ψυχική κατάσταση
- Ø Φυσιολογικά γεγονότα ή νοσήματα

ΦΥΛΟ: Η κατάθλιψη είναι συχνότερη στις γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες.

Συγκεκριμένα, σε επιδημιολογικές μελέτες έχει βρεθεί ότι μια στις πέντε γυναίκες και ένας στους δέκα άνδρες, θα εμφανίσουν ένα καταθλιπτικό επεισόδιο κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Ποικιλία παραγόντων ερμηνεύουν αυτή τη διαφορά, όπως η μειωμένη ανταπόκριση των γυναικών στο στρες, η έλλειψη στρατηγικής και οι πολλαπλοί κοινωνικοί ρόλοι που συχνά εναλλάσσονται στις γυναίκες, ενώ ο ρόλος των οιστρογόνων αποτελεί ένα ευρύ πεδίο διερεύνησης. Καλογερόπουλος, (n.d.). <http://www.agiafotini-clinic.gr/?p=8> (20/9/2012).

ΗΛΙΚΙΑ ΕΝΑΡΞΗΣ: Ο κίνδυνος της κατάθλιψης θεωρείται πως αυξάνεται με την ηλικία αλλά πρόσφατες μελέτες δείχνουν σήμερα ότι όλες οι ηλικίες είναι επιρρεπείς για την εμφάνισή της. Gender and society. (n.d.). [http://www .neurodiagnosis .gr/katathlipsi.htm](http://www.neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm) (6/8/2012).

ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ: Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους, λόγω απομόνωσης, ή απώλειας διαπροσωπικών σχέσεων, ή κοινωνικής λειτουργικής μειονεξίας, ή σωματικών νοσημάτων, αν και συχνά δεν ανιχνεύεται και δεν υποβάλλεται σε θεραπεία σε αυτήν την ομάδα ασθενών. Οι εκτιμήσεις αναφέρουν ότι η κατάθλιψη είναι δύο φορές πιο συχνή σε άτομα που υποφέρουν από σωματικές παθήσεις.

Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων σχετίζεται επίσης με μακρύτερη χρονική διάρκεια και σημαντικότερο κίνδυνο υποτροπής και αυτοκτονίας. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφανίζουν περισσότερα σωματικά συμπτώματα, όπως κόπωση, δυσκοιλιότητα και απώλεια βάρους παρά θλίψη. Οι διαταραχές μνήμης είναι επίσης συνηθισμένες και συχνά αποδίδονται εσφαλμένα σε σωματική νόσο, άνοια («ψευδοάνοια») ή την γήρανση. Αυγουστάτος, (2008).<http://psycosynthesis.blogspot.gr/2008/05/ta-aitia-th.html> (12/9/2012).

ΠΑΙΔΙΑ,ΕΦΗΒΟΙ: Τα τελευταία χρόνια αναγνωρίζεται όλο και περισσότερο πως η κατάθλιψη προσβάλλει συχνά παιδιά και εφήβους, σε ποσοστό 2% έως 5%. Ο ίδιος αριθμός κοριτσιών και αγοριών υποφέρουν από κατάθλιψη ως παιδιά, κατά τη διάρκεια όμως της εφηβείας ο αριθμός των κοριτσιών που παρουσιάζει κατάθλιψη διπλασιάζεται. Τα παιδιά χωρισμένων γονιών, που έχασαν τον ένα γονιό πρόωρα στη ζωή τους και τα παιδιά που υποφέρουν από εγκατάλειψη είναι περισσότερο ευάλωτα στην κατάθλιψη. Η κατάθλιψη κατά την παιδική ηλικία μπορεί να οδηγήσει σε κακή επίδοση στο σχολείο, κακές σχέσεις με τους υπόλοιπους και κατάχρηση ουσιών. Πατεράκης, (n.d.). <http://www.madata.gr/index.php?news=10570> (20/9/2012).

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ: Η κατάθλιψη είναι δύο ή τρεις φορές πιο συχνή σε οικογένειες καταθλιπτικών ασθενών. Επίσης είναι 1,5-3 φορές συχνότερη στους βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή απ' ότι στον γενικό πληθυσμό. Μελέτες έχουν δείξει ότι υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για εξάρτηση από αλκοόλ στους ενήλικες βιολογικούς συγγενείς πρώτου βαθμού και ενδεχομένως για διαταραχή ελαττωμένης προσοχής, και υπερκινητικότητας στα παιδιά των ατόμων μ' αυτήν τη διαταραχή Gender and society. (n.d.). <http://www.neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm> (6/8/2012).

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ-ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Τα ποσοστά κατάθλιψης μειώνονται ελαφρά όσο αυξάνεται το εισόδημα και το μορφωτικό επίπεδο.

Οι περισσότεροι σοβαρές μορφές συσχετίζονται επίσης με την κατώτερη κοινωνική - οικονομική κατάσταση αν και δεν έχει τεκμηριωθεί επαρκώς αν η κατώτερη κοινωνική - οικονομική κατάσταση ευθύνεται για την κατάθλιψη ή η κατάθλιψη οδηγεί στην κατώτερη κοινωνική - οικονομική κατάσταση. Gender and society. (n.d.) . [http://www .neurodiagnosis .gr/katathlipsi.htm](http://www.neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm). (6/8/2012).

ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Ο παράγοντας μοναξιά είναι ιδιαίτερα σημαντικός. Ένα άτομο διατρέχει το μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης αν δεν έχει ένα (ή περισσότερα) άτομο στη ζωή του με το οποίο να νιώθει πολύ κοντά και στο οποίο να μπορεί να μιλήσει για τα πάντα. Οι επιφανειακές γνωριμίες (ακόμη κι αν είναι πολλές) δεν μπορούν να αντικαταστήσουν αυτήν την κοντινή σχέση εμπιστοσύνης και υποστήριξης. Οι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη απ' ό,τι οι παντρεμένοι. Η κατάθλιψη παρατηρείται συχνότερα στους διαζευγμένους, χωρισμένους ή χήρους, κυρίως όταν η διαπροσωπική απώλεια είναι πρόσφατη, και ιδιαίτερα στους ηλικιακά μεγαλύτερους ασθενείς. Από την άλλη οι άγαμες γυναίκες παρουσιάζουν σπανιότερα καταθλιπτικά συμπτώματα σε σχέση με τους άγαμους άνδρες άνδρες. Μενεδιάτου, (n.d.). <http://www.mazi.org/gr/Κατάθλιψη/Αιτιολογία> (23/9/2012).

ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΓΕΓΟΝΟΤΑ ΚΑΙ ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΝΟΣΗΜΑΤΑ: Κάποια γεγονότα ή νοσήματα μπορούν να επιδράσουν αρνητικά στον ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο μας.

- Όπως η τεκνογονία όπου κατά τη διάρκεια της λοχείας η γυναίκα μπορεί να πέσει σε βαριά κατάθλιψη λόγω της έντονης μεταβλητότητας των συναισθημάτων της (Μάνου, 1997).
- Ο καρκίνος. Συνήθως οι άνθρωποι που πάσχουν από αυτή την ασθένεια μπορούν να πέσουν σε βαριά κατάθλιψη επειδή διακατέχονται από έντονα αρνητικά συναισθήματα και αισθάνονται ότι η ζωή τους τελείωσε
- Μια εμπύρετη ασθένεια

1.3 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.

Η κατάθλιψη αποτελεί μια πολύπλοκη διαταραχή για την οποία δεν υπάρχουν απλές απαντήσεις σχετικά με τα αίτια. Gender and society. (n.d.).

<http://www.psy.net.gr/index.php?option=com-content&view=article&id=37:&catid=188&Itemid=26> (22/9/2012). Οι ακριβείς αιτίες είναι ακόμη υπό μελέτη. Οι επιστήμονες έχουν αναγνωρίσει ορισμένους παράγοντες ευαλωτότητας και επικινδυνότητας εμφάνισης της κατάθλιψης. Gender and society. (n.d.). <http://www.ipse.gr/adult.html> (22/9/2012). Έτσι, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι η κατάθλιψη δεν οφείλεται σε έναν και μόνο κάθε φορά παράγοντα αλλά σε συνδυασμό παραγόντων και στην αλληλεπίδραση των οργανικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Ραγιά, 2009).

Συνοπτικά τα πιθανά αίτια της κατάθλιψης είναι τα ακόλουθα:

- Γενετικοί προδιάθεση, κληρονομικότητα.
- Ψυχολογικές εμπειρίες, οικογενειακοί παράγοντες και ψυχοπαιστικές καταστάσεις στην παιδική ηλικία.
- Αρνητικός τρόπος σκέψης
- Παθητικός τρόπος συμπεριφοράς/ αντιδράσεις στις αντιξοότητες
- Φύλο (οι γυναίκες έχουν διπλάσια πιθανότητα να διαγνωστούν με κατάθλιψη).
- Παρατεταμένο στρες
- Χρόνια σωματική νόσος (παθήσεις που προκαλούν αναπηρία)
- Απουσία ηλιοφάνειας, κακή διατροφή.
- Χρήση ουσιών
- Στρεσογόνα γεγονότα, ψυχοπαιστικές καταστάσεις της ενήλικης ζωής. Καλαιτζή, (2011). <http://www.kliniki.lyrakou.gr/blog/katathlipsi/katathlipsi-aitia-kai-antimetwpish.html> (27/9/2012).

Τα παραπάνω αίτια μπορούν να διαχωριστούν και να ομαδοποιηθούν στους εξής παράγοντες:

- Γενετικούς παράγοντες
- Ψυχοκοινωνικούς παράγοντες
- Νευροβιολογικούς παράγοντες

1.3.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Η συμβολή των γενετικών παραγόντων στην Καταθλιπτική Διαταραχή φαίνεται από τα αποτελέσματα μελετών σε οικογένειες, σε διδύμους και σε υιοθετημένα άτομα. Οι επιδημιολογικές αυτές μελέτες έδειξαν ότι ο κίνδυνος νόσησης (η πιθανότητα δηλαδή να νοσήσει κάποιος) από κατάθλιψη είναι: Για τους συγγενείς πρώτου βαθμού (γονείς, αδέρφια, παιδιά) ασθενών με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, περίπου τριπλάσιος από το γενικό πληθυσμό. Για τους συγγενείς δευτέρου βαθμού (παππούδες, εγγόνια, θείοι, ανίψια, ετεροθαλή αδέρφια) διπλάσιος από το γενικό πληθυσμό. Για τους συγγενείς τρίτου βαθμού (πρώτα ξαδέλφια) ελαφρώς αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό. Μελέτες υιοθετημένων παιδιών υποστηρίζουν τη γενετική συμμετοχή στην αιτιολογία των διαταραχών της διάθεσης. Η ουσιαστική διαπίστωση αυτών των μελετών υιοθεσίας είναι ότι τα γνήσια παιδιά των προσβεβλημένων από κάποια διαταραχή της διάθεσης γονέων, εξακολουθούν να διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κάποιας διαταραχής, ακόμη και εάν ανατραφούν σε μη προσβεβλημένες ανάδοχες οικογένειες. Έρευνες όσον αφορά τη μοριακή βιολογία έχουν δείξει ότι πολύ πιθανό να υπάρχει σύνδεση διαφορετικών μορφών διπολικής διαταραχής με διαφορετικά χρωμοσώματα. Μέχρι στιγμής, οι μελέτες δεν έχουν βρει συγκεκριμένα γονίδια που να αυξάνουν τον κίνδυνο της κατάθλιψης. Καθώς η έρευνα συνεχίζεται, γίνεται σαφές ότι είναι μάλλον απίθανο να ευθύνεται μόνο ένα γονίδιο. Το πιθανότερο είναι ότι εμπλέκονται πολλά. Η επικρατέστερη, σήμερα, άποψη είναι ότι κληρονομείται μια ευαισθησία (ευαλωτότητα) για τη νόσο, η οποία θα εκδηλωθεί εάν επιδράσουν και άλλοι παράγοντες (ψυχολογικοί, βιολογικοί, κοινωνικοί)

1.3.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες ανήκουν τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής και οι ψυχολογικοί παράγοντες. Τα στρεσογόνα γεγονότα ζωής και οι τρέχουσες εξωτερικές συνθήκες που συνοδεύονται από υπερβολική ένταση είναι δυνατόν να δράσουν ως εκλυτικοί παράγοντες, να πυροδοτήσουν δηλαδή κατάθλιψη σε άτομα που έχουν ήδη την προδιάθεση. Χρόνιες ψυχοπιεστικές καταστάσεις και στρεσογόνα γεγονότα μπορούν να είναι αυτά που εκλαμβάνονται από το άτομο ως απειλητικά και επικίνδυνα, εκείνα που συνδέονται με απώλειες (π.χ. χωρισμός) και εκείνα που αποτυπώνουν δυσαρμονία στις σχέσεις με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του.

Αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης:

- Συναισθηματικά δυσάρεστη ή γεμάτη συγκρούσεις σχέση
- Διαζύγιο που προκαλεί στρες
- Δυσάρεστο ή αγχώδες περιβάλλον εργασίας
- Παρατεταμένη ανεργία
- Μοναξιά

Επίσης, το μετατραυματικό στρες μπορεί να πυροδοτήσει κατάθλιψη. Με τον όρο μετατραυματικό στρες εννοούμε το στρες που προκύπτει από την εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος, όπως ο βιασμός, ένα σοβαρό δυστύχημα, οι φυσικές καταστροφές, ο πόλεμος κ.ά. Τα άτομα με μετατραυματικό στρες "ξαναζούν" την επώδυνη εμπειρία, έχουν προβλήματα με τον ύπνο και επίμονους έντονους εφιάλτες, έχουν υπερβολικά αντανακλαστικά φόβου, παρουσιάζουν συναισθηματικά ξεσπάσματα, προβλήματα μνήμης και συγκέντρωσης καθώς και καταθλιπτική διάθεση.

1.3.3 ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

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

Α) Διαταραχές της νευροδιαβίβασης: Η προσοχή εστιάσθηκε στους νευροδιαβιβαστές δηλ τις χημικές ουσίες που μεταβιβάζουν τη νευρική διέγερση από τον ένα νευρώνα στον άλλο στον εγκέφαλο και ιδιαίτερα στη νορεπινεφρίνη, στη σεροτινίνη, στην ντοπαμίνη, ακετυλοχολίνη κ.α. Οι νευροδιαβιβαστές είναι χημικές ουσίες, οι οποίες απελευθερώνονται από ένα κύτταρο στο χώρο μεταξύ αυτού και του αμέσως επόμενου κυττάρου. Αυτό το δεύτερο κύτταρο έχει υποδοχείς (θέσεις) που μπορούν να προσλάβουν αυτές τις χημικές ουσίες (νευροδιαβιβαστές) και να ανταποκριθούν. Ο κάθε νευροδιαβιβαστής έχει έναν συγκεκριμένο υποδοχέα. Μοιάζουν με το κλειδί και τη κλειδαριά. Ο νευροδιαβιβαστής (κλειδί) θα ταιριάζει μόνο στο δικό του υποδοχέα (κλειδαριά). Κι αυτό το συγκεκριμένο ταίριασμα προκαλεί πολύ συγκεκριμένα αποτελέσματα. Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί νευροδιαβιβαστές και αντίστοιχοι υποδοχείς, και η αλληλεπίδραση αυτών διευκολύνει την επικοινωνία μεταξύ των εγκεφαλικών κυττάρων. Όταν η ισορροπία των νευροδιαβιβαστών και υποδοχέων είναι φυσιολογική, οι λειτουργίες του εγκεφάλου είναι φυσιολογικές. Τείνουμε να αισθανόμαστε καλά. Έχουμε ελπίδα, σκοπό και γνώση του πού οδεύουμε, τείνουμε να έχουμε μια αίσθηση ευεξίας, αυτοπεποίθησης και ασφάλειας. Όταν η ισορροπία χαθεί, ο εγκέφαλος δεν λειτουργεί φυσιολογικά και θεωρούμε ότι με αυτόν τον τρόπο εμφανίζεται η κατάθλιψη. Τρεις είναι οι νευροδιαβιβαστές που μελετώνται περισσότερο σε σχέση με την κατάθλιψη: η σεροτονίνη, η νοραδρεναλίνη, και η ντοπαμίνη: έχει διαπιστωθεί ότι στην κατάθλιψη τα νευροδιαβιβαστικά αυτά συστήματα υπολειτουργούν. Ο μηχανισμός δράσης, άλλωστε, των περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία δρουν ενισχύοντας την νευροδιαβίβαση που επιτελείται μέσω της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, έρχεται να συμφωνήσει με την υπόθεση αυτή. Τα επίπεδα της νοραδρεναλίνης και της σεροτονίνης, καθώς και η μεταξύ τους ισορροπία, παίζουν ρόλο στον τρόπο που αντιδράμε στα καθημερινά γεγονότα, όπως το να αισθανόμαστε χαρούμενοι όταν βλέπουμε ένα αγαπημένο πρόσωπο ή να κλαίμε όταν βλέπουμε μια συγκινητική ταινία.

Φυσιολογικά, ο εγκέφαλος μας προσαρμόζεται έτσι ώστε το συναίσθημα μας να ταιριάζει με την περίσταση. Όταν όμως έχουμε κατάθλιψη, τα επίπεδα αυτών των νευροδιαβιβαστών μπορεί να είναι εκτός συγχρονισμού: μπορεί δηλαδή να "κολλήσουν" στην δυστυχισμένη διάθεση και να μείνουν εκεί. Έτσι, αισθανόμαστε λυπημένοι όλη μέρα, ακόμα κι όταν κάνουμε δραστηριότητες που συνηθίζαμε να απολαμβάνουμε στο παρελθόν.

Β) Διαταραχές της νευροφυσιολογικής λειτουργίας: Τα στοιχεία που προέκυψαν αφορούν τη χρήση του Η.Ε.Γ ύπνου και δείχνουν ότι σε μεγάλο αριθμό καταθλιπτικών και μανιακών ασθενών υπάρχουν διάφορες ανωμαλίες στο ΗΕΓ που παίρνεται κατά τον ύπνο των ασθενών αυτών.

Γ) Διαταραχές της νευροενδοκρινικής λειτουργίας: Οι λειτουργίες του υποθαλάμου, της υπόφυσης, του φλοιού των επινεφριδίων, του θυρεοειδούς και άλλων ενδοκρινών αδένων έχουν μελετηθεί για την ανεύρεση αιτιολογικών συσχετίσεων με τις διαταραχές της διάθεσης. Ο υποθάλαμο-υποφυσιο-επινεφριδικός (ΥΥΕ) άξονας κίνησε το ενδιαφέρον των ερευνητών, ύστερα από το εμπειρικό εύρημα ότι ορισμένοι καταθλιπτικοί ασθενείς δεν μπορούν να καταστείλουν την παραγωγή κορτιζόνης από τον επινεφριδικό φλοιό.

Δ) Νευροαπεικόνιση της δομής και της λειτουργίας του εγκεφάλου: Όσον αφορά τις νευροαπεικονιστικές τεχνικές, η αξονική τομογραφία ατόμων με εγκεφαλικό επεισόδιο έχει δείξει ότι βλάβες του πρόσθιου αριστερού ημισφαιρίου μπορεί να προκαλέσουν δυσφορία. Η μαγνητική τομογραφία δείχνει σταθερά τόσο σε διπολικούς όσο και σε μονοπολικούς ασθενείς ένα αυξημένο αριθμό εστιακών πυκνοτήτων στη λευκή ουσία. Υπάρχουν βέβαια και άλλα ερευνητικά πεδία για τη νευροβιολογία των διαταραχών της διάθεσης, όπως τα απρόκλητα δυναμικά, το φαινόμενο kindling, το ΗΕΓ ημέρας. Gender and society. (n.d.). <http://www.egoideal.gr/Χρήσιμα/11-ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.html> (20/9/2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

ΚΡΙΤΗΡΙΑ: Τουλάχιστον πέντε (ή περισσότερα) από τα παρακάτω συμπτώματα έχουν υπάρξει κατά την διάρκεια της ίδιας περιόδου 2 εβδομάδων και αντιπροσωπεύουν μια αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα του ατόμου. Ένα από τα συμπτώματα είναι είτε (1) καταθλιπτική διάθεση είτε (2) απώλεια του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης.

- 1) Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική αναφορά είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις άλλων.
- 2) Έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες της δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα.
- 3) Σημαντική απώλεια βάρους όταν δεν κάνει δίαιτα (μεταβολή περισσότερο από 5% του βάρους του σώματος σ ένα μήνα) ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα.
- 4) Αϋπνία ή υπερνία σχεδόν κάθε μέρα.
- 5) Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση σχεδόν κάθε μέρα που την παρατηρούν άλλοι.
- 6) Κόπωση ή απώλεια ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.
- 7) Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή απρόσφορης ενοχής που μπορεί να είναι παραληρητικά σχεδόν κάθε μέρα.
- 8) Ελαττωμένη ικανότητα του ατόμου να σκεφτεί ή να συγκεντρωθεί σχεδόν κάθε μέρα.
- 9) Υποτροπιάζουσες σκέψεις θανάτου (όχι απλώς φόβος θανάτου), υποτροπιάζων αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς κάποιο συγκεκριμένο σχέδιο ή μια απόπειρα αυτοκτονίας ή ένα συγκεκριμένο σχέδιο για αυτοκτονία (Μάνου, 1997).

2.2 ΚΛΙΝΙΚΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Όλοι αισθανόμαστε μερικές φορές μελαγχολικοί ή λυπημένοι ή στεναχωρημένοι. Τα συναισθήματα αυτά είναι φυσιολογικό κομμάτι των καλών και άσχημων στιγμών της ζωής. Η πραγματική όμως κατάθλιψη είναι κάτι το διαφορετικό. Gender and society. (n.d.) .

[http://www .neurodiagnosis .gr/katathlipsi.htm](http://www.neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm). (6/8/2012). Τα κύρια συμπτώματα που μπορεί να εμφανίζει κάποιος όταν έχει κατάθλιψη είναι τα ακόλουθα:

1) Μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε μέρα. Π.χ., μια μητέρα έχασε το ενδιαφέρον της να φροντίσει το μικρό της παιδί, να καθαρίσει το σπίτι της, να βγει έξω να ψωνίσει με μια φίλη της, να ντυθεί όμορφα, πράγματα που πριν την ευχαριστούσαν πολύ. Η αλλαγή αυτή στην συμπεριφορά της είχε γίνει πολύ αντιληπτή από το στενό της περιβάλλον. Σκαπινάκης, (2003). <http://web4heath.info/el/answer/bipolar-sump-depr.htm> (22/9/2012).

2) Καταθλιπτική Διάθεση, κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας σχεδόν κάθε ημέρα όπως φαίνεται είτε με υποκειμενική εκτίμηση είτε σύμφωνα με τις παρατηρήσεις των άλλων (π.χ., ο ασθενής κλαίει συχνά και φαίνεται πολύ στεναχωρημένος). Όπως αναφέρθηκε πιο πάνω από αυτό το σύμπτωμα πήρε και την γενικότερη ονομασία της η διαταραχή αυτή. Σκαπινάκης, (2003). <http://web4heath.info/el/answer/bipolar-sump-depr.htm> (22/9/2012).

3) Δυσκολία στον ύπνο. Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρόωμη αφύπνιση όπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη. Gender and society. (2010). <http://www.depressionanxiety.gr/121/article/greek/121/137/index.htm> (22/9/2012).

4) Διαταραχές στην όρεξη για φαγητό. Συνήθως η κατάθλιψη προκαλεί απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους, π.χ., ένας ασθενής 75 κιλών μπορεί να έχει χάσει

σ' ένα μήνα πάνω από 5 κιλά. Σε μια μικρή ομάδα ασθενών προκαλείται το αντίθετο σύμπτωμα, δηλαδή υπεραξία. Σκαπινάκης, (2003). <http://web4heath.info/el/answer/bipolar-sump-depr.htm> (22/9/2012).

5) Απώλεια του ενδιαφέροντος για σεξ. Τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης η απώλεια του ενδιαφέροντος για την ερωτική πράξη. Ας σημειωθεί ότι εδώ αναφερόμαστε στην διάθεση για σεξ και όχι στο αν γίνεται ή όχι η ερωτική πράξη. Π.χ., μια γυναίκα με κατάθλιψη μπορεί να κάνει έρωτα με τον σύζυγό της γιατί εκείνος το θέλει, αλλά η ίδια αν ερωτηθεί θα πει ότι δεν το επιθυμεί καθόλου και δεν της προκαλεί καμιά ευχαρίστηση. Σκαπινάκης, (2003). <http://web4heath.info/el/answer/bipolar-sump-depr.htm> (22/9/2012).

6) Απώλεια των δυνάμεων και της ενεργητικότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη νιώθει σαν να τον έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις του, αισθάνεται κουρασμένος όλη την ώρα και γι' αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα. Μερικοί ασθενείς μπορεί από την άλλη να εμφανίζουν έντονη ανησυχία και άγχος, σαν κάτι κακό να πρόκειται να συμβεί. Σκαπινάκης, (2003). <http://web4heath.info/el/answer/bipolar-sump-depr.htm> (22/9/2012).

7) Αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις. Σκαπινάκης, (2003). <http://web4heath.info/el/answer/bipolar-sump-depr.htm> (22/9/2012).

8) Ιδέες ενοχής, αντιμομφής και αναξιότητας. Ο ασθενής με κατάθλιψη τυπικά πιστεύει ότι ο ίδιος φταίει για την τροπή που έχει πάρει η ζωή του, όλα είναι δικό του λάθος. Νιώθει ότι η κατάσταση που περνάει είναι σαν ένα είδος τιμωρίας για πράγματα που έκανε στο παρελθόν. Μπορεί να νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτε σαν άνθρωπος, ότι είναι ένα μηδενικό. Σκαπινάκης, (2003). <http://web4heath.info/el/answer/bipolar-sump-depr.htm> (22/9/2012).

9) Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον. Ο ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει η κατάσταση της ζωής του. Σκαπινάκης, (2003). <http://web4heath.info/el/answer/bipolar-sump-depr.htm> (22/9/2012).

10) Ιδέες ή απόπειρες αυτοκτονίας. Μερικές φορές ο ασθενής νιώθει τόσο απελπισμένος και αβοήθητος που μπαίνουν στο μυαλό του ιδέες αυτοκτονίας. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι αυξημένος σε ασθενείς με σοβαρή κατάθλιψη. Η συχνότητα των αυτοκτονιών είναι μεγάλη και πεθαίνουν συνήθως μέσα στους πρώτους 12 μήνες από τη στιγμή που εμφανίζεται το καταθλιπτικό επεισόδιο. Εκτιμάται ότι περίπου το 15% των ατόμων που πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές καταλήγουν αυτοκτονώντας. Είναι γνωστό ότι η βούληση του καταθλιπτικού είναι μειωμένη. Θα περίμενε, λοιπόν κανείς να είναι μειωμένη και η ικανότητα του να αποφασίσει και να αυτοσχεδιάσει την αυτοκαταστροφή του, δυστυχώς όμως αυτό γίνεται μόνο όταν η κατάθλιψη του έχει πολύ μεγάλο βάθος. Σκαπινάκης, (2003). <http://web4heath.info/el/answer/bipolar-sump-depr.htm> (22/9/2012). Ο μεγαλύτερος κίνδυνος αυτοκτονίας είναι στην περίοδο των 6-9 μηνών που ακολουθεί τη συμπτωματική βελτίωση των ασθενών, 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 (Μάνου, 1997).

11) Γενικά σωματικά συμπτώματα. Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό και αναπνευστικό σύστημα. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση. Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη. Οι ειδικοί θεωρούν ότι 5 ή περισσότερα συμπτώματα, εκ των οποίων τουλάχιστον ένα από τα δύο πρώτα, φτάνουν για να μπει η διάγνωση. Σκαπινάκης, (2003). <http://web4heath.info/el/answer/bipolar-sump-depr.htm> (22/9/2012).

2.2 ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Η διάγνωση της Κατάθλιψης είναι κλινική και όχι εργαστηριακή. Αυτό δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν ευρήματα από το εργαστήριο, αλλά τα ευρήματα αυτά δεν είναι ειδικά για την νόσο. Ούτε και όλα τα προαναφερθέντα συμπτώματα είναι απαραίτητα για να τεθεί η διάγνωση. Υπεύθυνος για την διάγνωση είναι ο ειδικός Ψυχίατρος, ο οποίος οφείλει να κάνει τον απαιτούμενο εργαστηριακό έλεγχο προς αποκλεισμό κάποιας πρωτογενούς σωματικής διαταραχής, όταν υποπτεύεται ότι κάτι τέτοιο συμβαίνει, ενώ σε πολλές περιπτώσεις ο Γενικός, Οικογενειακός είτε και Παθολόγος ιατρός μπορεί να διαγνώσει ή και να αντιμετωπίσει ακόμη μία ελαφρού έως μετρίου βαθμού κατάθλιψη. Κοκκώλης, (2004). <http://www.iatronet.gr/article.asp?.art-id=155> (27/9/2012).

Παρόλα αυτά, σε άτομα με καταθλιπτικά επεισόδια έχουν βρεθεί ορισμένα ευρήματα που θεωρούνται παθολογικά σε σχέση με την ομάδα ελέγχου. Τα ευρήματα που ανιχνεύουν την ύπαρξη κατάθλιψης είναι τα ακόλουθα:

- Ανωμαλίες στο Η.Ε.Γ ύπνου.
- Αυξημένη έκκριση κορτιζόνη
- Ελάττωση του μεταβολίτη της νορεπινεφρίνης στα ούρα.
- Ελαττωμένη ποσότητα του μεταβολίτη της σεροτονίνης 5-HIAA στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό.
- Διαταραχές των νευροδιαβιβαστών και της λειτουργίας των υποδοχέων.
- Απουσία της μη καταστολής με δεξαμεθαζόνη (Μάνου, 1997).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.

Μια από τις πιο συνηθισμένες ψυχικές νόσους της εποχής μας είναι η κατάθλιψη. Προκαλεί διαταραχές στη διάθεση, που μπορεί να έχουν επιπτώσεις στην κοινωνική ζωή, την εργασία αλλά και τις προσωπικές σχέσεις. Η κατάθλιψη σπανίως οφείλεται σε μια 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 διαφόρων κοινωνικών παραγόντων που επιβάλλουν την προσαρμογή σε νέες συνθήκες (πχ γάμος, συνταξιοδότηση, ανεργία), χωρίς όμως αυτό να αποτελεί τον κανόνα για όλους τους 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. Κατά τη διάρκεια της κατάθλιψης διαταράσσεται ο μεταβολισμός του εγκεφάλου. Τα επίπεδα των νευροδιαβιβαστών σεροτονίνη, νοραδρεναλίνη, και ντοπαμίνη βρίσκονται σε ανισορροπία. Αίτια αυτής της ανισορροπίας είναι η διαταραχή του συστήματος ελέγχου της έκκρισης ορμονών άγχους : η μακρόχρονη υπερδραστηριοποίησή 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 την σειρά του τα συναισθήματα και τις σκέψεις, οδηγώντας σε έλλειψη κινήτρων, απώλεια της όρεξης, αϋπνία, δυσκολία συγκέντρωσης και σε άλλα συμπτώματα κατάθλιψης.

Τα αντικαταθλιπτικά σκευάσματα επαναφέρουν την ισορροπία του εγκεφαλικού μεταβολισμού, καθώς ομαλοποιούν την έκκριση των ορμονών άγχους. Το ίδιο ακριβώς κάνει και η ψυχοθεραπεία. Έτσι λοιπόν εξηγείται γιατί σε περιπτώσεις κατάθλιψης μέτριας και βαριάς μορφής ενδείκνυται ο συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Gender and society.(n.d). <http://www.depression.ch/documents/gr/echisch.pdf> (27/9/2012).

3.1.1 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΑΠΟ ΟΥΣΙΕΣ.

Το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι μια προεξάρχουσα διαταραχή της διάθεσης, που κρίνεται ότι οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά αποτελέσματα της δράσης μιας ουσίας δηλ. μιας ουσίας κατάχρησης, ενός φαρμάκου, μιας τοξίνης ή μιας σωματικής θεραπείας για κατάθλιψη (αντικαταθλιπτικά φάρμακα, ηλεκτροσπασμοθεραπεία, φωτοθεραπεία). Η διαταραχή της διάθεσης μπορεί να είναι κατάθλιψη, έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης ή ανεβασμένη, διάχυτη ή ευερέθιστη διάθεση. Αν και η κλινική εικόνα της διαταραχής της διάθεσης μπορεί να είναι παρόμοια με ένα Μείζον Καταθλιπτικό, Μανιακό, Μεικτό ή Υπομανιακό Επεισόδιο, δεν είναι απαραίτητο να πληρούνται τα κριτήρια για οποιοδήποτε από αυτά. Gender and society. (2010).

<http://www.techne.gr/showthread.php?160-ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ-ΤΗΣ-ΔΙΑΘΕΣΗΣ-ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ-ΑΠΟ-ΟΥΣΙΕΣ.htm> (27/9/2012).

Με βάση τον τύπο των προεξαρχόντων συμπτωμάτων διακρίνονται τρεις (υπό)τύποι της διαταραχής:

Με Καταθλιπτικά Στοιχεία, η επικρατούσα διάθεση είναι καταθλιπτική.

Με Μανιακά Στοιχεία, η επικρατούσα διάθεση είναι ανεβασμένη, ευφορική ή ευερέθιστη.

Με Μεικτά Στοιχεία, είναι παρόντα συμπτώματα και της μανίας και της κατάθλιψης, αλλά καμία δεν επικρατεί. Μενεδιάτου, (n.d). <http://www.mazi.org.gr/Άλλες-διαταραχές-διάθεσης-προκαλούμενες-από-ουσίες> (27/9/2012).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ:

Τα κριτήρια για την διάγνωση της διαταραχής της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες κατά (τον DSM-IV) είναι τα εξής:

A. Μια προεξάρχουσα και επίμονη διαταραχή της διάθεσης επικρατεί στην κλινική εικόνα και χαρακτηρίζεται από ένα (ή και τα δύο) από τα παρακάτω:

(1) καταθλιπτική διάθεση ή έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες.

(2) ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση.

B. Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα είτε του (1) είτε του (2):

(1) τα συμπτώματα του κριτηρίου A αναπτύχθηκαν κατά την διάρκεια ή μέσα σ' ένα μήνα από την τοξίκωση ή τη στερητική διαταραχή από ουσίες.

(2) χρήση φαρμάκου συνδέεται αιτιολογικά με τη διαταραχή

Γ. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος.

Δ. Τα συμπτώματα προκαλούν κλινική σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας

Ε. Όταν συμβαίνει κάποιο από τα παρακάτω, τα συμπτώματα εξηγούνται καλύτερα ως διαταραχή της διάθεσης μη προκαλούμενης από ουσίες:

α) Τα συμπτώματα προηγούνται της έναρξης χρήσης της ουσίας ή του φαρμάκου.

β) Τα συμπτώματα επιμένουν για ένα ικανό χρονικό διάστημα (περίπου ένα μήνα) μετά τη λήξη οξέος στερητικού συνδρόμου ή σοβαρής τοξίκωσης.

γ) Τα συμπτώματα ξεπερνούν σημαντικά τα αναμενόμενα, δεδομένου του τύπου ή της ποσότητας της ουσίας που χρησιμοποιήθηκε ή της διάρκειας της χρήσης.

δ) Υπάρχει ιστορικό επαναλαμβανόμενων Μείζονων Καταθλιπτικών Επεισοδίων.

Μενεδιάτου, (n.d). <http://www.mazi.org.gr/Άλλες-διαταραχές-διάθεσης-προκαλούμενες-από-ουσίες> (27/9/2012).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ:

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

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

Τοξίνες που μπορούν να προκαλέσουν τη διαταραχή αυτή περιλαμβάνουν πτητικές ουσίες όπως η βενζίνη και οι μπογιές, οργανοφωσφορικά εντομοκτόνα, αέρια που προσβάλλουν το νευρικό σύστημα, το μονοξείδιο και διοξείδιο του άνθρακα. Επίσης βαριά μέταλλα μπορούν να προκαλέσουν διαταραχή της διάθεσης. Gender and society. (2010).

<http://www.techne.gr/showthread.php?160-ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ-ΤΗΣ-ΔΙΑΘΕΣΗΣ-ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ-ΑΠΟ-ΟΥΣΙΕΣ.htm> (27/9/2012). Αρκετές εξαρτησιογόνες ουσίες (ιδιαίτερα η κοκαΐνη και το αλκοόλ) καθώς και η μακροχρόνια χρήση κάποιων φαρμάκων (π.χ. αντιφλεγμονώδη, αναλγητικά, αντιυπερτασικά, κυτταροστατικά, ορμόνες και νευρολογικά) μπορεί να προκαλέσουν δευτερογενώς κατάθλιψη. Το χαρακτηριστικό τους είναι ότι δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα και επηρεάζουν την λειτουργία εκείνων των περιοχών του εγκεφάλου που ρυθμίζει το συναίσθημα. Μενεδιάτου, (n.d.).

<http://www.mazi.org.gr / Κατάθλιψη/Αιτιολογία> (23/9/2012).

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ:

Στην περίπτωση του συνηθισμένου φαινομένου της εμφάνισης συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης κατά την τοξίκωση ή τη στερητική διαταραχή από ουσίες, η διάγνωση διαταραχής της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες θα μπει μόνο όταν τα συμπτώματα ξεπερνούν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης της τοξίκωσης ή του στερητικού συνδρόμου και εφόσον απαιτούν ξεχωριστή κλινική προσοχή. Επίσης η διάγνωση θα μπει αν τα συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης συμβαίνουν αποκλειστικά και μόνο κατά τη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος. Αν η κλινική εικόνα της διαταραχής που προκλήθηκε από ουσίες περιλαμβάνει ανάμεικτα συμπτώματα (πχ συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης, ψυχωτικά ή αγχους),

θα μπει η συγκεκριμένη διάγνωση που αντιστοιχεί στα συμπτώματα που προεξάρχουν. Η διαταραχή της διάθεσης προκαλούμενη από ουσίες διακρίνεται από την πρωτοπαθή διαταραχή της διάθεσης με βάση το ότι κάποια ουσία θεωρείται υπεύθυνη για τα συμπτώματα. Για να γίνει αυτή η αιτιολογική συσχέτιση πρέπει να ληφθούν υπόψη η έναρξη, η πορεία, το ιστορικό, η σωματική εξέταση, και τα εργαστηριακά ευρήματα (Μάνου, 1997).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ:

Η διακοπή της υπεύθυνης για τα συμπτώματα ουσίας κατάχρησης ή φαρμάκου είναι συνήθως αρκετή για να υποχωρήσουν τα συμπτώματα της διαταραχής διάθεσης. Αν συνεχίζονται για κάποιο διάστημα, μπορεί να δοθεί φαρμακευτική αγωγή (κατάλληλα ψυχιατρικά φάρμακα). Η φαρμακευτική αγωγή δεν θα πρέπει να διακοπεί, χωρίς τη σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού. Φυσικά, στις περιπτώσεις κατάχρησης ή εξάρτησης από ουσίες θα πρέπει να αντιμετωπιστεί το συνολικό πρόβλημα της χρήσης. Gender and society. (2010).

<http://www.techne.gr/showthread.php?160-ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ-ΤΗΣ-ΔΙΑΘΕΣΗΣ-ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ-ΑΠΟ-ΟΥΣΙΕΣ.htm> (27/9/2012).

3.1.2 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ.

Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες συγκαταλέγεται στις αγχώδεις διαταραχές και αναπτύσσεται σε άτομα που τους έχει συμβεί ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, το οποίο περιλαμβάνει το να βιώσει κανείς, να γίνει μάρτυρας ή να έρθει αντιμέτωπος με πραγματικό ή επαιλούμενο θάνατο, με σοβαρό τραυματισμό ή με απειλή της σωματικής ακεραιότητας της δικιάς του ή άλλων ανθρώπων και ως αποτέλεσμα να κάνει το άτομο να νιώσει έντονο φόβο, αίσθηση ανημποριάς, τρόμο, ακόμη και φρίκη. Λιακοπούλου, (2012). <http://Efi-liakoroulou.blogspot.gr/2012/02/ptsd.html#!/2012/02/ptsd.html> (27/9/2012).

Τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της ΔΜΨΣ είναι η επαναβίωση του τραύματος μέσα από όνειρα ή επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του συμβάντος που εισβάλλουν και ταράζουν το άτομο, ένα συναισθηματικό μούδιασμα και μια αίσθηση απομάκρυνσης/αποστασιοποίησης και αποξένωσης από τους άλλους και συμπτώματα διέγερσης του αυτόνομου νευρικού συστήματος όπως ευερεθιστότητα και αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος.

Τραυματικά γεγονότα, που το άτομο βίωσε άμεσα μπορεί να είναι πολεμικές μάχες, βίαιες επιθέσεις (σεξουαλικές, σωματικές, ληστείες), απαγωγές, ομηρία, τρομοκρατικές επιθέσεις, βασανιστήρια, φυλακίσεις ή στρατόπεδα συγκεντρώσεως, φυσικές ή τεχνητές καταστροφές, σοβαρά αυτοκινητιστικά ατυχήματα ή η διάγνωση μιας θανατηφόρας αρρώστιας. (Στα παιδιά, ακόμη και αναπτυξιακά απρόσφορες σεξουαλικές εμπειρίες χωρίς βία, τραυματισμό ή απειλή). Βενέτη, (2009). <http://Vasilikineneti.blogspot.gr/2009/07/blog-spot-10.html> (27/9/2012).

Τραυματικά γεγονότα, στα οποία το άτομο μπορεί να ήταν μάρτυρας, μπορεί να είναι το να δει τον σοβαρό τραυματισμό ή τον θάνατο ενός ατόμου που να προήλθε από βίαια επίθεση, ατύχημα, πόλεμο ή φυσική καταστροφή ή να δει ξαφνικά ένα νεκρό ή μέλη νεκρού ατόμου Gender and society. (n.d.). <http://www.psychologia.gr/disorders/anxietydisorders.htm> (27/9/2012). Τραυματικά γεγονότα, που τα βίωσαν άλλοι και για τα οποία έμαθε το άτομο, μπορεί να είναι βίαιες επιθέσεις, σοβαρά ατυχήματα ή σοβαροί τραυματισμοί κάποιου μέλους της οικογένειας ή κάποιου στενού φίλου, ο ξαφνικός θάνατος ενός μέλους της οικογένειας ή ενός στενού φίλου, η πληροφόρηση ότι π.χ. το παιδί του έχει μια θανατηφόρο αρρώστια. Ίσως η ΔΜΨΣ είναι πιο σοβαρή όταν το τραυματικό γεγονός προέρχεται από ανθρώπινο σχεδιασμό (π.χ. βασανιστήρια, βιασμοί).

Συχνά τα άτομα με ΔΜΨΣ έχουν και άλλα συνοδά συμπτώματα, ιδιαίτερα αν το τραυματικό γεγονός είχε διαπροσωπική υφή (π.χ. σεξουαλική ή σωματική κακοποίηση, ομηρία, βασανισμός, αιχμαλωσία πολέμου ή σε στρατόπεδο συγκεντρώσεως κα.). Επίσης υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για σύνοδες διαταραχές όπως Διαταραχή Πανικού, Αγοραφοβία, ΨΚΔ, Κοινωνική Φοβία, Ειδική Φοβία, Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, Σωματοποιητική Διαταραχή και Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες (Δεν είναι σαφές, όμως, σε ποιο βαθμό οι διαταραχές αυτές προηγούνται ή ακολουθούν τη ΔΜΨΣ). Gender and society. (n.d). http://www.anger.com.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=83:2010-01-24-00-20-49&catid=54:2010-01-24-00-22-38&itemid=95 (30/9/2012).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Τα Διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη Διαταραχή Μετά Από Ψυχοτραυματικό Στρες είναι τα παρακάτω:

A. Το άτομο έχει εκτεθεί σ' ένα τραυματικό γεγονός κατά το οποίο και τα δύο από τα παρακάτω ήταν παρόντα:

(1) το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο μ' ένα γεγονός ή γεγονότα τα οποία συνεπάγονταν πραγματικό ή επαπειλούμενο θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή των άλλων

(2) η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, αίσθηση ανημπόριας ή τρόμο/ φρίκη.

Σημείωση: Στα παιδιά, αυτό μπορεί να εκφράζεται με αποδιοργανωμένη ή διεγερτική συμπεριφορά. Ηλιόπουλος, (2010). http://www.anxietydisorders.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=82&catid=37 (30/9/2012).

B. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με έναν (ή περισσότερους) από τους παρακάτω τρόπους:

(1) επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος που εισβάλλουν και προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή. Σημείωση: Σε μικρά παιδιά, μπορεί να γίνονται επαναλαμβανόμενα παιχνίδια στα οποία εκφράζονται θέματα ή πτυχές που αφορούν το τραύμα.

(2) επαναλαμβανόμενα όνειρα του γεγονότος που προκαλούν υποκειμενική ενόχληση και αναταραχή. Σημείωση: Σε παιδιά μπορεί να υπάρχουν τραυματικά όνειρα χωρίς αναγνωρίσιμο περιεχόμενο.

(3) το άτομο δρα ή νιώθει σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός (περιλαμβάνει αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις και διασχιστι-κά flashback επεισόδια, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που συμβαίνουν στην αφύπνιση ή όταν το άτομο βρίσκεται σε τοξίκωση).

Σημείωση: Σε μικρά παιδιά, μπορεί να γίνονται ειδικά σχετιζόμενες με το τραύμα αναπαραστάσεις.

(4) έντονη ψυχολογική ενόχληση και αναταραχή κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος

(5) φυσιολογική αντιδραστικότητα (διέγερση του αυτόνομου νευρικού συστήματος) κατά την έκθεση σε εσωτερικές ή εξωτερικές νύξεις που συμβολίζουν ή μοιάζουν με κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος

Γ. Επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα και μούδιασμα της γενικής απαντητικότητας (που δεν είναι παρόντα πριν από το τραύμα), όπως φαίνεται από τρία (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

(1) προσπάθειες ν' αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα ή συζητήσεις που συνδέονται με το τραύμα.

(2) προσπάθειες ν' αποφύγει δραστηριότητες, μέρη ή ανθρώπους που ξυπνούν αναμνήσεις του τραύματος.

(3) ανικανότητα να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραύματος.

(4) έντονη μείωση του ενδιαφέροντος ή της συμμετοχής σε σημαντικές δραστηριότητες.

(5) αίσθημα απομάκρυνσης/αποστασιοποίησής ή αποξένωσης από τους άλλους.

(6) περιορισμένο εύρος συναισθήματος (π.χ. ανικανότητα του ατόμου να έχει συναισθήματα αγάπης).

(7) αίσθηση βράχυνσης του μέλλοντος (π.χ. το άτομο δεν περιμένει ότι θα κάνει καριέρα, ότι θα παντρευτεί, ότι θα κάνει παιδιά ή ότι θα έχει μια φυσιολογική διάρκεια ζωής).

Δ. Επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας (που δεν είναι παρόντα πριν από το τραύμα) όπως φαίνεται από δύο (ή περισσότερα) από τα παρακάτω:

(1) δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος(η).

(2) ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού.

(3) δυσκολία στη συγκέντρωση.

(4) υπερεπαγρύπηση.

(5) αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος.

Ε. Η διάρκεια της διαταραχής (συμπτώματα στα Κριτήρια Β,Γ και Δ) είναι μεγαλύτερη από 1 μήνα. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση ή έκπτωση στον κοινωνικό, επαγγελματικό ή άλλους σημαντικούς τομείς της λειτουργικότητας.

Προσδιορίστε αν:

Οξεία: αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι μικρότερη από 3 μήνες.

χρόνια: αν η διάρκεια των συμπτωμάτων είναι 3 μήνες ή περισσότερο.

Καθυστερημένη Έναρξη: αν η έναρξη των συμπτωμάτων είναι τουλάχιστον 6 μήνες μετά το στρεσογόνο γεγονός. Gender and society. (n.d.).http://www.anger.com.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=83:2010-01-24-00-20-49&catid=54:2010-01-24-00-22-38&itemid=95 (30/9/2012).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ

Οπωσδήποτε το βασικό αιτιολογικό γεγονός που οδηγεί στη ΔΜΨΣ είναι το στρεσογόνο τραύμα. Καθώς, όμως, δεν παθαίνουν ΔΜΨΣ όλα τα άτομα που βιώνουν ένα μείζον τραυματικό γεγονός, θα πρέπει να συμβάλλουν και άλλοι παράγοντες. Κάποιοι από αυτούς είναι η ηλικία του ατόμου (πχ τα παιδιά είναι πιο ευάλωτα), ιστορικό προϋπάρχουσας ψυχικής διαταραχής, ανεπαρκή ή κακά κοινωνικά στηρίγματα, οικογενειακό ιστορικό, εμπειρίες της παιδικής ηλικίας, η προσωπικότητα του ατόμου και κυρίως η βαρύτητα και διάρκεια του τραυματικού γεγονότος και η εγγύτητα του ατόμου προς αυτό (όσο πιο μεγάλες είναι τόσο πιο μεγάλη η πιθανότητα ανάπτυξης ΔΜΨΣ) (Μάνου, 1997). Έτσι, ΔΜΨΣ μπορεί ν' αναπτυχθεί σε άτομα που δεν έχουν κανένα άλλο προδιαθεσικό γνώρισμα, εφόσον το στρεσογόνο γεγονός είναι ακραίου βαθμού. Gender and society. (n.d.). <http://www.psychologia.gr/disorders/anxietydisorders.htm> (27/9/2012).

ΕΝΑΡΞΗ, ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.

Η διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συμπεριλαμβανομένης και της παιδικής. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν τρεις με έξι

μήνες μετά την έκθεση του ατόμου στο άκρως στρεσογόνο γεγονός, μπορεί όμως να υπάρξει και καθυστέρηση μηνών (ακόμη και χρόνων) πριν εμφανιστούν. Τσιτσιπά, (2012).

<http://www.elephtheria.gr/index.asp?cat=19&aid=41130> (27/9/2012).

Τα συμπτώματα της διαταραχής είναι τα εξής:

- επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις του γεγονότος που έρχονται αυτόματα ή επαναλαμβανόμενα όνειρα που προκαλούν έντονη ενόχληση και αναστάτωση στο άτομο (τα μικρά παιδιά, μπορεί να παίζουν επαναλαμβανόμενα παιχνίδια στα οποία εκφράζονται θέματα και πτυχές που αφορούν το τραυματικό γεγονός, ή να υπάρχουν τρομακτικά όνειρα).
- το άτομο δρα ή νιώθει σαν να ξανασυμβαίνει το τραυματικό γεγονός (αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας, παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις, flashbacks).
- έντονη ψυχολογική ενόχληση και σωματικές αντιδράσεις άγχους κατά την έκθεση σε εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα που θυμίζουν κάποια πλευρά του τραυματικού γεγονότος (π.χ. σκέψεις, μυρωδιές, εικόνες, ήχοι).
- επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραύμα (προσπάθειες να αποφύγει σκέψεις, συναισθήματα, συζητήσεις, δραστηριότητες, μέρη ή ανθρώπους που συνδέονται με το τραύμα).
- ανικανότητα να θυμηθεί μια σημαντική πλευρά του τραυματικού γεγονότος.
- έντονη μείωση του ενδιαφέροντος.
- αίσθημα απομάκρυνσης/ αποστασιοποίησης ή αποξένωσης από τους άλλους
- περιορισμένο εύρος συναισθήματος (π.χ. ανικανότητα του ατόμου να έχει συναισθήματα αγάπης και οικειότητας)
- αίσθηση ότι το μέλλον θα είναι σύντομο (π.χ. το άτομο δε περιμένει ότι θα κάνει καριέρα, ότι θα παντρευτεί, ότι θα κάνει παιδιά ή ότι θα έχει μια φυσιολογική διάρκεια ζωής).
- δυσκολία να κοιμηθεί ή να παραμείνει κοιμισμένος.
- ευερεθιστότητα ή εκρήξεις θυμού.
- δυσκολία στη συγκέντρωση.
- αυξημένη αντίδραση ξαφνιάσματος.

Άλλα συμπτώματα τα οποία μπορεί να εμφανιστούν είναι τα αισθήματα ενοχής, αυτοκαταστροφική και παρορμητική συμπεριφορά, αισθήματα ντροπής, εχθρικότητα.

Gender and society. (2011). <http://anxietydisorders.gr/index.php?option=com-k2&view=itemid=176:5-ποια-είναι-τα-συμπτώματα-της-διαταραχής-μετα-απο-ψυχοτραυματικο-στρες&itemid=272> (27/9/2012).

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες θα γίνει από τα ακόλουθα:

Διαταραχή της προσαρμογής. Στη διαταραχή αυτή δεν πληρούνται, βέβαια, τα κριτήρια για ΔΜΨΣ και επίσης ο τραυματικός στρεσογόνος παράγοντας δεν είναι ακραίος (πχ απώλεια εργασίας, εγκατάλειψη από σύζυγο).

Συμπτώματα αποφυγής, μουνδιάσματος και αυξημένης διεγερσιμότητας που είναι παρόντα πριν την έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα. Η διάγνωση δεν μπορεί να είναι ΔΜΨΣ και ο κλινικός θα οδηγηθεί στη διάγνωση άλλων διαταραχών (πχ Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή ή διαταραχή πανικού). Από την άλλη μεριά, αν η κλινική απάντηση του ατόμου στο ακραίο στρεσογόνο παράγοντα πληροί τα κριτήρια για άλλη ψυχική διαταραχή (πχ Βραχεία ψυχωτική διαταραχή, Μείζον καταθλιπτική διαταραχή), τότε θα πρέπει να δοθεί η διάγνωση αυτή αντί ή επιπρόσθετα με τη διάγνωση της ΔΜΨΣ (Μάνου, 1997).

ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΑΛΛΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ.

Ύστερα από ένα τραυματικό γεγονός θα αναπτύξω διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες;

Μετά από ένα τραυματικό γεγονός παρατηρείται μια ποικιλία αντιδράσεων των ατόμων τα οποία εκτέθηκαν είτε άμεσα είτε έμμεσα σε αυτό, οι οποίες ως αρχική ανταπόκριση σε αυτό θεωρούνται φυσιολογικές:

- Συναισθηματικές αντιδράσεις: σοκ (μια ξαφνική και έντονη συναισθηματική αναστάτωση

που οδηγεί σε “μούδιασμα”), συναισθηματικό πάγωμα (δυσκολία να αισθανθεί αγάπη και οικειότητα, να έχει ενδιαφέρον και να αντλεί ευχαρίστηση από τις καθημερινές του δραστηριότητες), φόβος, λύπη, θυμός, ενοχή, ντροπή, αισθήματα ανημπόριας και απελπισίας.

- Γνωστικές αντιδράσεις: σύγχυση, αποπροσανατολισμός, ανησυχία, δυσκολία στην προσοχή και στη συγκέντρωση, αναποφασιστικότητα, διαταραχή στη μνήμη, flashbacks (αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας), εφιάλτες, αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση (το άτομο έχει σοβαρή αμνησία και νιώθει ότι είτε το ίδιο είτε ο κόσμος δεν είναι αληθινός, νιώθει αποκομμένο από το σώμα του, ότι δεν έχει ταυτότητα).

- Σωματικές αντιδράσεις: ένταση, κούραση, εξάντληση, υπερδιέγερση, σωματικοί πόνοι – πονοκέφαλοι, ναυτία, ταχυκαρδία, διαταραχή στην όρεξη, αϋπνία, μειωμένη σεξουαλική διάθεση.

- Δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις: αυξημένες συγκρούσεις, κοινωνική απόσυρση, αποξένωση, έλλειψη εμπιστοσύνης, αίσθημα απόρριψης, υπερπροστατευτικότητα.

Οι αντιδράσεις άγχους μετά από ένα τραυματικό γεγονός είναι πιθανό να φαίνονται υπερβολικές και να προκαλούν έντονη ανησυχία, δεν εξελίσσονται όμως σε χρόνια προβλήματα και συνήθως υποχωρούν μετά από έξι έως δεκαέξι μήνες. Ωστόσο είναι πιθανό να παρουσιαστούν αντιδράσεις που χρήζουν προσοχής, καθώς δεν είναι συνηθισμένες:

- σοβαρή αποπραγματοποίηση ή και αποπροσωποποίηση.

- επίμονα και επαναλαμβανόμενα flashbacks, εφιάλτες, επίμονη και αυτόματη επαναβίωση του γεγονότος.

- υπερβολική αποφυγή (απόσυρση από κοινωνικές καταστάσεις, αποφυγή ερεθισμάτων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός).

- σοβαρή υπερδιέγερση (επεισόδια πανικού, τρομακτικοί εφιάλτες, επεισόδια επιθετικής συμπεριφοράς, αδυναμία συγκέντρωσης).

- εξουθενωτικό άγχος (έντονες σκέψεις, σοβαρές φοβίες, εμμονές, φόβος απώλειας ελέγχου).

- σοβαρή κατάθλιψη (έλλειψη ευχαρίστησης, αίσθημα αναξιοτήτας, αυτομομφές, εξάρτηση από άλλα άτομα, ξύπνημα πολύ νωρίς το πρωί).

- κατάχρηση ουσιών.

- ψυχωτικά συμπτώματα (ψευδαισθήσεις, παραισθήσεις, παράξενες σκέψεις).

Αν οι παραπάνω αντιδράσεις συνυπάρχουν, είναι ιδιαίτερα επίμονες και έντονες και προκαλούν μεγάλη δυσφορία στο άτομο, μπορεί να πρόκειται για τη διαταραχή από οξύ στρες, η οποία μπορεί να διαρκέσει μέχρι και 4 εβδομάδες. Άλλες διαταραχές που συσχετίζονται με τραυματικά γεγονότα, εκτός της διαταραχής από οξύ στρες και της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες είναι: κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών, διαταραχή πανικού, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, διαταραχές στην πρόσληψη τροφής. Ηλιόπουλος, (2010). <http://www.cbt.com.gr/index.php?option=com-content&view=article&id=288%3Ajoomla-community-portal&catid=80%3A2010-09-30-18-24-34&itemid=1418lang=el> (27/9/2012).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική προσέγγιση στη ΔΜΨΣ μπορεί να είναι φαρμακευτική, ψυχοθεραπευτική ή συνδυασμός τους ανάλογα με τα συμπτώματα και τις ανάγκες του ασθενή.

Η φαρμακοθεραπεία περιλαμβάνει τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, αναστολείς της ΜΑΟ ή νεότερα αντικαταθλιπτικά (π.χ. ΕΑΕΣ). Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τα flashbacks, τις επαναλαμβανόμενες αναμνήσεις και τους εφιάλτες κι έτσι να βελτιώσουν τον ύπνο και να ηρεμήσουν τον ασθενή. Αν υπάρχει και κατάθλιψη, μπορούν να βοηθήσουν φυσικά και την κατάθλιψη. Αν υπάρχουν επιπλέον και ψυχωτικά στοιχεία, τότε χορηγούνται και αντιψυχωτικά. Έχει αναφερθεί ότι η προπρανολόλη ή η κλονιδίνη μπορούν να ελαττώσουν τη διεγερσιμότητα του αυτόνομου νευρικού συστήματος.

Η θεραπεία συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα χρήσιμη σε ασθενείς με ΔΜΨΣ που αποφεύγουν φοβικά ή κατακλύζονται από άγχος σε ορισμένες καταστάσεις που θυμίζουν το τραυματικό γεγονός. Έτσι, συστηματική απευαισθητοποίηση, έκθεση in vivo (απότομη ή κλιμακωτή) ή συνδυασμός τους μπορούν να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα των ασθενών. Τεχνικές χαλάρωσης ή γνωστικές τεχνικές μπορεί να βοηθήσουν τον έλεγχο του άγχους.

Η ψυχοδυναμική θεραπεία επίσης μπορεί να βοηθήσει. Κατ' αρχήν η υποστηρικτική ψυχοθεραπεία μπορεί να εφαρμοσθεί αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός, οπότε η ελάττωση

του στρες και η εκτόνωση των συναισθημάτων μπορεί ίσως και να αποτρέψουν τις χρόνιες μορφές ή τις καθυστερημένες απαντήσεις στο τραύμα. Σε πιο χρόνια ΔΜΨΣ αρχικά εφαρμόζεται υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και κατόπιν πιο αποκαλυπτική ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία με στόχο να βοηθήσει το άτομο να επανεκτιμήσει το τραυματικό γεγονός και να το αφομοιώσει, αντιμετωπίζοντας τα παθολογικά στοιχεία της αυτοϋποτίμησης, της ανημπόριας ή της ενοχής, της αίσθησης εχθρικότητας του άλλου κόσμου, της έλλειψης νοήματος στη ζωή κτλ. Μερικές φορές μπορεί να βοηθήσει και η ύπνωση ή η συνέντευξη με αμυτάλη (ενδοφλέβια χορήγηση νατριούχου αμοβαρβιτάλης).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να αποβεί πολύ χρήσιμη σε άτομα που είχαν ίδιες ή παρόμοιες τραυματικές εμπειρίες (αιχμάλωτοι πολέμου, βετεράνοι, επιζώντες μεγάλων ατυχημάτων ή φυσικών καταστροφών, γυναίκες που βιάστηκαν). Gender and society. (n.d). <http://www.psychologia.gr/disorders/anxietydisorders.htm> (27/9/2012).

3.1.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΣΤΡΕΣ.

Η διαταραχή από οξύ στρες αποτελεί τη νεότερη διαταραχή που συμπεριλήφθηκε στην κατηγορία των αγχώδων διαταραχών και χαρακτηρίστηκε πρόσφατα από το DSM-IV ως η διαταραχή που συμβαίνει σαν απάντηση σε ένα ακραίο τραυματικό γεγονός, παρουσιάζεται σε άτομα που έχουν υποστεί κάποιο τραυματικό γεγονός. Τα συμπτώματα που συνοδεύουν τη διαταραχή μοιάζουν με αυτά της διαταραχής μετά από ψυχοτραυματικό στρες, αλλά έχουν μικρότερη διάρκεια και η έναρξη των συμπτωμάτων παρουσιάζεται αμέσως μετά το τραυματικό γεγονός. Η αντίδραση του ατόμου στο τραυματικό γεγονός περιορίζεται στην περίοδο που συνέβη το γεγονός και διαρκεί μέχρι και 4 βδομάδες μετά το γεγονός. Το άτομο που έχει έρθει αντιμέτωπο με το τραυματικό γεγονός τείνει να αποφεύγει σκέψεις και συζητήσεις που σχετίζονται με αυτό, αποφεύγει δραστηριότητες, μέρη και άτομα που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός και συχνά παρουσιάζει αδυναμία να ανακαλέσει γεγονότα που έχουν σχέση με την τραυματική εμπειρία που έζησε. Συχνά δυσκολεύεται να κοιμηθεί, παρουσιάζει ξεσπάσματα θυμού και δυσκολία συγκέντρωσης. Όλα αυτά τα συμπτώματα, εάν δεν αντιμετωπιστούν με ψυχολογική υποστήριξη ή φαρμακευτική αγωγή προξενούν έντονο άγχος και ανησυχία και εμποδίζουν το άτομο να λειτουργήσει φυσιολογικά στη κοινωνική, εργασιακή και οικογενειακή του ζωή. Gender and society. (n.d.). <http://www.mindsmirror.com/moodtwoexpseven.html> (30/9/2012).

Τα γεγονότα που θεωρούνται τραυματικά:

- Φυσικές καταστροφές (πχ σεισμοί, πυρκαγιές).
- Καταστροφές που προκαλούνται από τον άνθρωπο (βίαιες επιθέσεις, σεξουαλική κακοποίηση).
- Σοβαρά ατυχήματα (αυτοκινηστικό).
- Διάγνωση μιας θανατηφόρας ασθένειας.

- Ξαφνικός θάνατος οικείου προσώπου. Τσιτσιπά, (2012).
<http://www.elephtheria.gr/index.asp?cat=19&aid=41130> (27/9/2012).

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής από οξύ στρες κατά DSM-IV είναι τα παρακάτω:

A. Το άτομο έχει εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός, στο οποίο ήταν παρόντα και τα δύο από τα ακόλουθα:

1. το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή βρέθηκε αντιμέτωπο με ένα γεγονός (ή γεγονότα), στο οποίο (ή στα οποία) υπήρξε πραγματικός κίνδυνος ή απειλή θανάτου ή σοβαρός τραυματισμός, ή απειλή της σωματικής ακεραιότητας του εαυτού ή άλλων
2. η απάντηση του ατόμου περιελάμβανε έντονο φόβο, αίσθημα αβοήθητου ή τρόμο

B. Είτε κατά τη διάρκεια του βιώματος είτε μετά το βίωμα, το άτομο έχει τρία (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα αποσυνδεδετικά συμπτώματα:

1. υποκειμενική αίσθηση μουδιάσματος, απόσπασης ή απουσίας της συγκινησιακής απαντητικότητας
2. μείωση της επίγνωσης του ατόμου για ό,τι το περιβάλλει (π.χ. είναι "σαστισμενο")
3. Αποπραματοποίηση (πχ το άτομο νιώθει ότι τα πράγματα γύρω του είναι ψεύτικα).
4. Αποπροσωποποίηση (πχ το άτομο νιώθει ότι αποσπάται από τον εαυτό του και παρατηρεί τα γεγονότα από έξω).
5. αποσυνδεδετική αμνησία (π.χ. ανικανότητα να ανακαλέσει μια σημαντική πλευρά του τραύματος)

Γ. Το τραυματικό γεγονός επαναβιώνεται επίμονα με τουλάχιστον ένα από τους ακόλουθους τρόπους: επαναλαμβανόμενες εικόνες, σκέψεις, όνειρα, παραισθήσεις, γρήγορες ανακλήσεις ή μη αίσθηση επαναβίωσης της εμπειρίας ή ενόχληση σε έκθεση σε οτιδήποτε θυμίζει το γεγονός

Δ. Έντονη αποφυγή ερεθισμάτων που προκαλούν ανακλήσεις του τραύματος (π.χ. σκέψεις, αισθήματα, συζητήσεις, δραστηριότητες, τόποι, άνθρωποι)

Ε. Έντονα συμπτώματα άγχους ή αυξημένης διεγερσιμότητας (π.χ. δυσκολία του ύπνου, ευερεθιστότητα, φτωχή συγκέντρωση, υπερ-επαγρύπνηση, υπερβολική απάντηση στο ξάφνιασμα, κινητική ανησυχία)

ΣΤ. Η διαταραχή προκαλεί κλινικά σημαντική ενόχληση ή έκπτωση των κοινωνικών, επαγγελματικών ή άλλων σημαντικών περιοχών της λειτουργικότητας ή διαταράσσει την ικανότητα του ατόμου να ασκεί κάποια απαραίτητη λειτουργία, όπως να παίρνει την απαραίτητη βοήθεια ή να κινητοποιεί προσωπικές πηγές μιλώντας στα μέλη της οικογένειάς του για την τραυματική εμπειρία

Ζ. Η διαταραχή διαρκεί τουλάχιστον 2 ημέρες και όχι περισσότερο από 4 εβδομάδες, ενώ εμφανίζεται μέσο σε 4 εβδομάδες από το τραυματικό γεγονός. Αν η διάρκεια είναι μεγαλύτερη τότε η διάγνωση αλλάζει σε διαταραχή μετατραυματικού στρες.

Η. Δεν οφείλεται στις άμεσες φυσιολογικές δράσεις μιας ουσίας {π.χ. ουσία κατάχρησης, φάρμακα) ή σε γενική σωματική κατάσταση, ενώ δεν εξηγείται καλύτερα με βραχεία ψυχωτική διαταραχή και δεν αποτελεί απλώς την παρόξυνση μιας προϋπάρχουσας διαταραχής του άξονα 1 ή του άξονα II. Gender and society. (2009).

http://www.cbt.com.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=195%3Ajoomla-community-portal&catid=62%3Aproblems&itemid=1328lang=el (30/9/2012).

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.

Τα συμπτώματα που συνθέτουν την εικόνα της εμφάνισης της διαταραχής μετά από οξύ στρες είναι ποικίλα, με πιο χαρακτηριστικά την απουσία συναισθηματικής απαντητικότητας στα ερεθίσματα του περιβάλλοντος και την αίσθηση συναισθηματικού «μουδιάσματος», τη στένωση του πεδίου της προσοχής, την απώλεια του προσανατολισμού, την άσκοπη υπερδραστηριότητα, το αίσθημα ψυχικής έντασης και συμπτώματα υπερδραστηριότητας του αυτόνομου νευρικού συστήματος (ταχυπαλμία, ξηροστομία, εφίδρωση, αίσθημα παλμών κλπ.), αίσθημα απόγνωσης, αποπροσωποποίηση και αποπραγματοποίηση. Οποιοδήποτε σχετικό ερέθισμα οδηγεί το άτομο στη επαναβίωση του τραυματικού συμβάντος με βασανιστικό τρόπο, το οποίο συχνά αντιμετωπίζει με αποφυγή ή και αμνησία. Πολύ χαρακτηριστικό είναι επίσης το έντονο αίσθημα απειλής κατά της ζωής ή της σωματικής

ακεραιότητας, που πυροδοτεί συναισθήματα φόβου, τρόμου, αβοηθητότητας και έντονου άγχους και κρατά το άτομο σε συνεχή διέγερση και ετοιμότητα, με αποτέλεσμα να εμφανίζει ευερεθιστότητα, δυσκολία στον ύπνο και προβλήματα συγκέντρωσης. Τα συμπτώματα αυτά αρχίζουν λίγα λεπτά μετά την εμπειρία της καταστροφής, εμφανίζοντας διαρκώς μεταβαλλόμενη εικόνα, και συνήθως υποχωρούν μετά από μερικές ώρες ή λίγες ημέρες. Η εμφάνιση της διαταραχής σχετίζεται με την ένταση του φόβου θανάτου που ένιωσαν τα άτομα, το μέγεθος του άγχους τους και την ετοιμότητά τους να αναπτύξουν περαιτέρω άγχος. Πιο ευάλωτα σε αυτή την κατάσταση αποδεικνύονται τα άτομα στα οποία συνυπάρχει σωματική ή ψυχική καταπόνηση. Παράγοντες προγνωστικοί για την ανάπτυξη του οξύ στρες θεωρούνται η προηγούμενη ιδιοσυστασία των ατόμων (άτομα αγχώδη), οι προηγούμενες ανάλογες εμπειρίες καταστροφής, το μέγεθος των απωλειών (υλικών ή ανθρώπινων), σωματικές βλάβες που υπέστησαν τα άτομα κατά τη διάρκεια της καταστροφής, προηγούμενα προβλήματα σωματική υγείας και η ετοιμότητα στην ανάπτυξη ψυχοσωματικών συμπτωμάτων. Η αποδρομή της διαταραχής σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να χειρίζεται ψυχολογικά δύσκολες καταστάσεις και την υποκειμενική ερμηνεία μέσω της οποίας επεξεργάζεται το τραυματικό γεγονός, το επίπεδο της ενοχής/υπευθυνότητας ή του μη ελέγχου που αποδίδει στον εαυτό του, αλλά και από το βαθμό παροχής εξωτερική βοήθειας. Gender and society. (n.d.). <http://www.depressionanxiety.gr/131/article/greek/131/118/index.html> (27/9/2012).

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ: Οι ίδιοι ακριβώς παράγοντες που θεωρούνται ότι συμβάλλουν αιτιολογικά στην ανάπτυξη της ΔΜΨΣ πιθανολογούνται ως υπεύθυνοι και για τη διαταραχή από οξύ στρες. Και εδώ ως ο πιο σημαντικός παράγοντας θεωρείται ο βαθμός της βαρύτητας και διάρκειας του στρεσογόνου παράγοντα και ο βαθμός της εγγύτητας του ατόμου προς αυτόν (Μάνου, 1997).

ΔΙΑΓΝΩΣΗ: Η άμεση διάγνωση και έγκαιρη αντιμετώπιση της διαταραχής είναι ιδιαίτερα σημαντική, διότι τα άτομα που τη διατηρούν πέραν των 48 ωρών είναι περισσότερο ευάλωτα

στην ανάπτυξη «συνδρόμου μετατραυματικού στρες» (ή «διαταραχή στρες μετά από ψυχοτραυματική εμπειρία. Στα άτομα με διαταραχή από οξύ στρες υπάρχει αυξημένος κίνδυνος για ανάπτυξη διαταραχή μετά από ψυχοτραυματικό στρες. Έτσι, αν τα συμπτώματα επιμείνουν περισσότερο από 1 μήνα και πληρούν τα κριτήρια για ΔΜΨΣ, η διάγνωση αλλάζει σε ΔΜΨΣ (Μάνου, 1997).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπευτική προσέγγιση του ατόμου με διαταραχή από οξύ στρες είναι ψυχοθεραπευτική και φαρμακευτική και ακολουθεί τα βήματα που περιγράψαμε στη ΔΜΨΣ.

Η πιο κοινή και αποτελεσματική μέθοδος ψυχολογικής υποστήριξης για την αντιμετώπιση των άμεσων ψυχολογικών συνεπειών μιας καταστροφής είναι μέσω της συζήτησης. Η διήγηση της προσωπικής εμπειρίας της καταστροφής μία ή περισσότερες φορές, είτε σε ομάδες άλλων πληγέντων, είτε σε ειδικούς ψυχικής υγείας με κατάλληλη εκπαίδευση και εμπειρία, μπορεί να βοηθήσει να εκτονωθεί μέρος από τα ακραία ένταση συναισθήματα που προκάλεσε το καταστροφικό συμβάν. Η τεχνική αυτή της debriefing (αποσυμπύκνωση πληροφοριών / αποπληροφόρηση) λειτουργεί «επιμηκύνοντας» τη χρονική στιγμή της καταστροφής, κατά την οποία τα γεγονότα συμβαίνουν ραγδαία, και δίνει τη δυνατότητα στους ανθρώπους που τα βίωσαν να τα επεξεργαστούν συναισθηματικά και να αμβλύνουν τη συγκινησιακή τους ένταση. Παράλληλα, επιτρέπει την επαναβίωση του τραυματικού γεγονότος με ασφαλέστερο τρόπο και σε περιβάλλον εμπιστοσύνης, μεταξύ ανθρώπων που έζησαν τις ίδιες εμπειρίες και αισθάνθηκαν τα ίδια συναισθήματα.

Ιδιαίτερα αποτελεσματική είναι και η χρήση τεχνικών βραχείας γνωσιακής-συμπεριφοριστικής ψυχοθεραπείας που θα κινητοποιήσει το άτομο να ξαναέλθει σε επαφή με την τραυματική εμπειρία, αυτή τη φορά όμως σε ένα ουδέτερο και μη απειλητικό πλαίσιο, με σκοπό να την επαναξιολογήσει μέσα από μια λογική διεργασία, έτσι ώστε να μειωθούν οι διαστρεβλώσεις στη σκέψη του και η υπερβολική και παρατεταμένη αίσθηση απειλής που το διακατέχει και να ενισχυθεί η προσωπική αίσθηση ελέγχου.

Σε ορισμένες περιπτώσεις το θεραπευτικό σχήμα μπορεί να ενισχυθεί μέσω αντικαταθλιπτική αγχολυτικής φαρμακευτικής αγωγής. Gender and society. (n.d.).

<http://www.depressionanxiety.gr/131/article/greek/131/118/index.html> (27/9/2012).

ΠΡΟΚΛΗΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΟΞΥ ΚΑΙ ΨΥΧΟΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΣΤΡΕΣ

Το ψυχοτραυματικό και οξύ στρες, προκαλούν βλάβη και στη συνέχεια νέκρωση του εγκεφάλου. Αρκεί ένα επεισόδιο έντονου στρες για να αποχαιρετήσουν, διά πάντος, μερικά κύτταρα του εγκεφάλου. Στο συμπέρασμα αυτό καταλήγει έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Πανεπιστήμιο Ρόζαλιντ Φράνκλιν των ΗΠΑ και δημοσιεύεται στην επιθεώρηση Journal of Neuroscience. Μάλιστα, οι ερευνητές επισημαίνουν ότι η ανακάλυψή τους βοηθά στην κατανόηση της κλινικής κατάθλιψης. Όπως έδειξε η μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε ποντίκια, τα κύτταρα που πεθαίνουν λόγω στρες βρίσκονται στον ιππόκαμπο, στην περιοχή δηλαδή του εγκεφάλου που διαχειρίζεται τη μνήμη, την ικανότητα μάθησης και τη δημιουργία και έκφραση συναισθημάτων. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι οι νευρώνες εξακολουθούσαν να γεννιούνται στον ιππόκαμπο των νεαρών ποντικών που αντιμετώπιζαν με επικίνδυνους, μεγαλύτερους ποντικούς. Όμως τα νέα κύτταρα δεν κατάφερναν να επιβιώσουν, με αποτέλεσμα η επεξεργασία των συναισθημάτων να είναι ελλειμματική. Ο ιππόκαμπος, αξίζει να σημειωθεί, είναι μία από τις δύο περιοχές του εγκεφάλου που αναπτύσσεται σε ποντίκια και σε ανθρώπους σε όλη τη διάρκεια του βίου.

Κατά τους ερευνητές η απώλεια των κυττάρων που προκαλείται από το έντονο στρες ίσως αποτελεί ένα από τα αίτια της κατάθλιψης. Το σημαντικό, όμως, της μελέτης τους έγκειται στο ότι αυξάνει τις ελπίδες εξεύρεσης νέων θεραπευτικών μεθόδων, έτσι ώστε το οξύ στρες να μην προκαλεί διαταραχές της διάθεσης. Όπως διαπιστώθηκε τα κύτταρα δεν καταστρέφονται αμέσως μετά την έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα, αλλά με καθυστέρηση τουλάχιστον 24 ωρών. Κατά συνέπεια, λένε οι ερευνητές, είναι δυνατή η χορήγηση θεραπείας σε αυτόν τον ενδιάμεσο χρόνο ώστε να αποτραπεί ο κυτταρικός θάνατος. Ειδικότερα, για τις ανάγκες της μελέτης οι ερευνητές τοποθέτησαν ένα νεαρό ποντίκι σε κλουβί με δύο πιο ηλικιωμένα επί 20 λεπτά. Τα μεγαλύτερα ακινητοποίησαν το νεαρό ζώο και σε κάποιες περιπτώσεις το δάγκωσαν. Στα νεαρά τρωκτικά ανιχνεύθηκαν εξαπλάσιες συγκεντρώσεις της ορμόνης του στρες συγκριτικά με αυτές ποντικών που δεν συγκατοίκησε με μεγαλύτερα ζώα.

Ωστόσο, η ανάλυση εγκεφαλικών ιστών έδειξε ότι η ικανότητα δημιουργίας νέων κυττάρων στον ιππόκαμπο δεν είχε μειωθεί. Η διαπίστωση κατέρριψε προηγούμενες θεωρίες που ήθελαν την ορμόνη του στρες να παρεμποδίζει τη γέννηση νέων κυττάρων. Νέα εξέταση,

όμως, μία εβδομάδα μετά το πείραμα έδειξε ότι μόνο το ένα τρίτο των νέων κυττάρων είχε επιβιώσει. Τέλος, στο δεύτερο μέρος του πειράματος οι ερευνητές «σημάδεψαν» τα νεογέννητα κύτταρα και υπέβαλαν τα τρωκτικά σε στρες έπειτα από μία εβδομάδα, διαπίστωσαν δε ότι μόνο το ένα τρίτο είχε αναπτυχθεί σε νευρώνες. Το επόμενο βήμα των ερευνητών είναι η μελέτη των μηχανισμών που προκαλούν αυτές τις μεταβολές στα εγκεφαλικά κύτταρα, που ενδεχομένως θα οδηγήσει στην ανακάλυψη νέων αντικαταθλιπτικών σκευασμάτων με ταχύτερο χρόνο δράσης από τα σημερινά. Γεωργιάδου, (2012). http://www.psixologikosfaros.blogspot.gr/2012/05/blog_post_9720.html (1/10/2012).

3.1.4 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΟΦΕΙΛΟΜΕΝΗ ΣΕ ΓΕΝΙΚΗ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ.

Το βασικό διαγνωστικό χαρακτηριστικό της διαταραχής αυτής είναι μια προεξάρχουσα διαταραχή της διάθεσης που κρίνεται ότι οφείλεται στα άμεσα φυσιολογικά (με την έννοια της φυσιολογίας, όχι του "φυσιολογικού") αποτελέσματα μιας γενικής ιατρικής κατάστασης. Η διάθεση μπορεί να είναι είτε καταθλιπτική με έντονη μείωση του ενδιαφέροντος και της ευχαρίστησης, είτε ανεβασμένη, διαχυτική, ευφορική ή ευερέθιστη διάθεση. Αν και η κλινική εικόνα της διαταραχής της διάθεσης μπορεί να είναι παρόμοια με την εικόνα ενός Μείζονος καταθλιπτικού, Μανιακού, Μεικτού, ή Υπομανιακού επεισοδίου, δεν είναι υποχρεωτικό να πληρούνται τα κριτήρια για οποιοδήποτε από αυτά.

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ

Τα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV για τη διαταραχή της διάθεσης οφειλόμενη σε Γενική ιατρική κατάσταση είναι τα παρακάτω:

A. Στην κλινική εικόνα επικρατεί μια προεξάρχουσα και επίμονη διαταραχή της διάθεσης και χαρακτηρίζεται από ένα (ή και τα δύο από τα παρακάτω):

(1) καταθλιπτική διάθεση ή έντονη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες.

(2) ανεβασμένη, διαχυτική ή ευερέθιστη διάθεση.

B. Υπάρχει απόδειξη από το ιστορικό, τη φυσική εξέταση ή τα εργαστηριακά ευρήματα ότι η διαταραχή είναι η άμεση φυσιολογική συνέπεια μιας γενικής ιατρικής κατάστασης.

Γ. Η διαταραχή δεν εξηγείται καλύτερα ως μία άλλη ψυχική διαταραχή (πχ διαταραχή της προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση σαν απάντηση στο στρες του να έχει κανείς μια ιατρική κατάσταση)

Δ. Η διαταραχή δεν συμβαίνει αποκλειστικά στη διάρκεια της πορείας ενός παραληρήματος.

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

Με βάση τον τύπο των προεξάρχοντων συμπτωμάτων διακρίνονται **4 υποτύποι της διαταραχής:**

Με καταθλιπτικά στοιχεία (η επικρατούσα διάθεση είναι καταθλιπτική),

Με επεισόδιο παρόμοιο προς μείζον καταθλιπτικό (πληρούνται όλα τα κριτήρια για Μείζον Καταθλιπτικό επεισόδιο),

Με μανιακά στοιχεία (η επικρατούσα διάθεση είναι ανεβασμένη, ευφορική ή ευερέθιστη),

Με μεικτά στοιχεία (είναι παρόντα συμπτώματα και της μανίας και της κατάθλιψης αλλά καμία δεν επικρατεί).

Για να προσδιοριστεί αν η διαταραχή της διάθεσης οφείλεται σε γενική ιατρική κατάσταση θα πρέπει αφενός να υπάρχει κάποια γενική ιατρική κατάσταση και αφετέρου ν' αποδειχθεί ότι αυτή είναι η αιτία των συμπτωμάτων μέσα από κάποιο φυσιολογικό μηχανισμό(κριτήριο Β). Για να γίνει αυτή η αιτιολογική συσχέτιση της έναρξης, υποτροπών ή ύφεσης της γενικής ιατρικής κατάστασης και της διαταραχής της διάθεσης, η παρουσία ή όχι άτυπων χαρακτηριστικών που να μην ταιριάζουν για πρωτοπαθή διαταραχή της διάθεσης (άτυπη ηλικία έναρξης ή άτυπη κλινική πορεία ή απουσία οικογενειακού ιστορικού), βιβλιογραφικές αναφορές για την ύπαρξη συσχέτισης ανάμεσα στη συγκεκριμένη γενική ιατρική κατάσταση και την ανάπτυξη συμπτωμάτων διαταραχής της διάθεσης . Μενεδιάτου, (n.d.).

<http://www.mazi.org.gr/Άλλες-διαταραχές-διάθεσης-οφειλόμενη-σε-γενική-ιατρική-κατάσταση> (27/9/2012).

ΓΕΝΙΚΕΣ ΙΑΤΡΙΚΕΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ

Γενικές ιατρικές καταστάσεις που μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα διαταραχής της διάθεσης είναι πολλές: εκφυλιστικές νευρολογικές καταστάσεις (νόσος του Πάρκινσον, νόσος του Huntington, πολλαπλή σκλήρυνση), νόσος των αγγείων του εγκεφάλου (εγκεφαλικά επεισόδια), μεταβολικές διαταραχές (ανεπάρκεια βιταμίνης Β12), ενδοκρινολογικές (υπερ- και υποθυρεοειδισμός, υπερ- και υποπαραθυρεοειδισμός, υπε- και υπολειτουργία των επινεφριδίων), αυτοάνοσες διαταραχές (συστηματικός ερυθηματώδης λύκος), λοιμώξεις από ιό (ηπατίτιδα, μονοπυρήνωση, HIV) ή άλλες λοιμώξεις, ορισμένοι όγκοι (στον εγκέφαλο, στο πάγκρεας).

Πολλές από αυτές τις ιατρικές παθήσεις συχνά συνοδεύονται από διαταραχές της διάθεσης (κακοδιαθεσία, κατάθλιψη). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο προφανές, δηλ. στην απογοήτευση που αισθάνεται ο πάσχων για την κακή κατάσταση της υγείας του ή να αποτελεί την αφορμή για την εκδήλωση μιας κατάστασης που προϋπήρχε σε λανθάνουσα μορφή (ψυχολογικό αίτιο). Υπάρχουν βέβαια και περιπτώσεις που η ίδια η γενική ιατρική κατάσταση προκαλεί σαν σύμπτωμα διαταραχή της διάθεσης (οργανικό αίτιο). Για παράδειγμα στην νόσο του Parkinson η έλλειψη δοπαμίνης προδιαθέτει για καταθλιπτικού τύπου συμπεριφορά η οποία συνοδεύεται από απαισιοδοξία και απογοήτευση. Στην νόσο του Huntington και στην νόσο του Alzheimer οι διαταραχές της διάθεσης (αλλά και της προσωπικότητας), οφείλονται κατά πρώτο λόγο στην εγκεφαλική εκφύλιση και όχι στην απογοήτευση που νιώθει ο ασθενής για την κατάσταση της υγείας του. Στην ίδια κατηγορία (κυρίως οργανικό αίτιο) κατατάσσονται και η έλλειψη της Βιτ. Β12, οι ενδοκρिनοπάθειες (πχ θυρεοειδοπάθειες), οι λοιμώξεις (πχ AIDS). Τα ποσοστά κατάθλιψης είναι υψηλότερα ανάμεσα σε άτομα που υποφέρουν από παθήσεις όπως καρδιακά προβλήματα, εγκεφαλική συμφόρηση, καρκίνο, νόσο του Πάρκινσον, εγκεφαλικούς όγκους και ορμονικές διαταραχές. Άτομα που αντιμετωπίζουν χρόνιο πόνο ή έχουν μια αναπηρία μπορεί επίσης να διατρέχουν κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης. Η κατάθλιψη μπορεί να κάνει το σωματικά άρρωστο άτομο απαθές και απρόθυμο να φροντίζει τις σωματικές του ανάγκες. Η κατάθλιψη μπορεί να δημιουργεί δυσκολία στο άτομο να ακολουθεί θεραπευτική αγωγή για την ιατρική πάθηση. Αυτό κάνει την ανάρρωση από κατάθλιψη και τη σωματική ασθένεια πιο δύσκολη.

Για να τεθεί η διάγνωση της "Διαταραχής της διάθεσης οφειλόμενης σε γενική ιατρική κατάσταση" είναι προϋπόθεση να συμμετέχει το οργανικό αίτιο.

Π.χ. στα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, στα αυτοάνοσα νοσήματα και σε μορφές καρκίνου, το αίτιο μπορεί να είναι μικτό (οργανικό και ψυχολογικό αίτιο), αλλά αυτό δεν αποκλείει την διάγνωση της "Διαταραχής της διάθεσης οφειλόμενης σε γενική ιατρική κατάσταση" εφ' όσον αναγνωρίζεται το οργανικό αίτιο.

Υπάρχουν και περιπτώσεις όπου η διαταραχή της διάθεσης δεν οφείλεται σ' αυτή καθ' αυτή την πάθηση, αλλά στην φαρμακευτική αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής. Π.χ. σε παθήσεις που απαιτείται η λήψη κορτικοστεροειδών (μυασθένεια, ρευματοπάθειες, σκλήρυνση κατά πλάκας κ.α.) τα οποία, σαν παρενέργεια, προκαλούν κατάθλιψη.

Η σοβαρότερη επιπλοκή των διαταραχών της διάθεσης που οφείλονται σε γενική ιατρική κατάσταση είναι η αυτοκτονία. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας αυξάνει όσο πιο χρόνια, ανίατη και επώδυνη είναι η γενική ιατρική κατάσταση (πχ κακοήθεις νεοπλασίες, τραύματα του νωτιαίου μυελού, νόσος του Huntington, AIDS, νεφρική ανεπάρκεια τελικού σταδίου).

ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ

Σύμφωνα με το DSM-IV η διαταραχή της διάθεσης πρέπει να είναι σημαντική (δηλ. να ξεφεύγει από τα όρια της φυσιολογικής απογοήτευσης που μπορεί να έχει κάποιος που μαθαίνει άσχημα νέα για την υγεία του) και μόνιμη (δηλ. να έχει διάρκεια στον χρόνο).

Η διαταραχή αυτή συνίσταται σε:

- 1) κατάθλιψη ή μείωση των καθημερινών ενδιαφερόντων και της ευχαρίστησης για τις καθημερινές δραστηριότητες του ατόμου (καταθλιπτικού τύπου συμπεριφορά). Η διαταραχή αυτή μπορεί να πληρεί ή όχι τα κριτήρια του επεισοδίου μείζονος κατάθλιψης.
- 2) Υπερβολική ανύψωση της διάθεσης που συνοδεύεται από υπερευαισθησία και ευερεθιστότητα (μανια-υπομανία, δηλ. ο πάσχων μοιάζει "χαζοχαρούμενος" και ταυτόχρονα είναι ευέξαπτος).
- 3) Μικτή συμπτωματολογία όπου κανένα από τα ανωτέρω δεν κυριαρχεί.

Όλα τα ανωτέρω πρέπει να συνδέονται με μια τουλάχιστον γενική ιατρική κατάσταση από την οποία αποδεδειγμένα πάσχει ο ασθενής και δεν θα πρέπει να αποδίδονται σε άλλη ψυχική πάθηση.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Η θεραπευτική αντιμετώπιση συνίσταται, κατ' αρχάς, στην αντιμετώπιση της ιατρικής κατάστασης που προκάλεσε την διαταραχή. Σε πολλές περιπτώσεις αυτό δεν αρκεί και πρέπει να αντιμετωπιστούν τα ψυχικά συμπτώματα με φαρμακοθεραπεία, ψυχοθεραπεία ή συνδυασμό ψυχοθεραπείας και φαρμακοθεραπείας. Η θεραπευτική στρατηγική αποφασίζεται

ανάλογα με το είδος και την βαρύτητα της διαταραχής και τις ιδιομορφίες του πάσχοντα. Η επιτυχία της εξαρτάται από την βαρύτητα της διαταραχής και την συνεργασία του πάσχοντα.

Φάρμακα.

Χρησιμοποιούνται, ανάλογα με την περίπτωση, αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά φάρμακα. Υπάρχουν και άλλες φαρμακοθεραπείες που προσαρμόζονται ανάλογα με την περίπτωση.

Ψυχοθεραπεία

Η ψυχοθεραπεία, σε πολλές περιπτώσεις, δίνει πολύ ικανοποιητικά αποτελέσματα. Είναι σημαντική σε χρόνιες παθήσεις όπου ο πάσχων θα πρέπει "να μάθει να ζει με το πρόβλημά της υγείας του" χωρίς αυτό να τον επηρεάζει περισσότερο απ' ότι είναι αναπόφευκτο. Για παράδειγμα αν ένα αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο είχε σαν επακόλουθο ημιπάρεση, ο ασθενής πρέπει να μάθει να διάγει όσο το δυνατόν φυσιολογική ζωή παρά την δυσκολία που του προκαλεί η πάρεση. Το ίδιο ισχύει για τους ασθενείς πάσχοντες από σκλήρυνση κατά πλάκας. Σε παθήσεις όπου κυριαρχεί η εγκεφαλική βλάβη ή εγκεφαλική εκφύλιση, η ψυχοθεραπεία μπορεί να προσφέρει λίγο και είναι περισσότερο χρήσιμη η φαρμακοθεραπεία και η εργοθεραπεία. Ξεχωρίζουν η γνωσιακή θεραπεία (ο πάσχων πρέπει να μάθει να ελέγχει τις αρνητικές σκέψεις του μέσα από μια ρεαλιστική αξιολόγησή τους), η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία (στην συμπεριφορική θεραπεία οι συμπεριφορές που σχετίζονται με κατάθλιψη ή με μανία-υπομανία αγνοούνται, ενώ ανταμείβονται συμπεριφορές που βοηθούν στην αντιμετώπιση του προβλήματος) και η οικογενειακή θεραπεία όπου η παρέμβαση γίνεται και σε άλλα μέλη της οικογένειας ώστε να υπάρχει συνεργασία (σε πολλές περιπτώσεις η υπερπροστασία ή η υπερβολική αντίδραση των οικείων αυξάνει το πρόβλημα και δεν βοηθά στην αντιμετώπισή του). Φυσικά υπάρχουν και άλλες ψυχοθεραπείες που μπορεί να συμβάλλουν και το ψυχοθεραπευτικό πρόγραμμα καταρτίζεται με βάση την κάθε περίπτωση. Καπαρός, & Votta, (2011). <http://www.dromotherapieia.gr/nevroseis/diatarahi-tis-diathesis-ofeilomeni-se-genikh-iatrikh-katastasi.html> (27/9/2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ

Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι βέβαια μεγάλο και περιλαμβάνει σωματικές, φαρμακευτικές και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Η θεραπεία είναι σημαντική όχι μόνο για την υποχώρηση ενός μεμονωμένου επεισοδίου το συντομότερο δυνατό, αλλά και να προληφθούν μελλοντικά επεισόδια. Η θεραπεία των αρρώστων που πάσχουν από διαταραχές της διάθεσης (ή συναισθηματικές διαταραχές) θα πρέπει να κατευθύνεται προς ορισμένους στόχους. Αρχικά, θα πρέπει να διασφαλίζεται και να προφυλάσσεται η ασφάλεια του αρρώστου. Στη συνέχεια, θα πρέπει να γίνεται πλήρης διαγνωστική εκτίμηση του αρρώστου. Τέλος, θα πρέπει να σχεδιάζεται και να τίθεται σε εφαρμογή θεραπεία, η οποία αποσκοπεί όχι μόνο στην άμεση ανακούφιση του αρρώστου, αλλά και σε μια γενικότερη μελλοντική κατάσταση ευεξίας. Αυτό που έχει σημασία και παίζει σημαντικό ρόλο στη θεραπεία, είναι ότι ο κλινικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να χρησιμοποιήσει κατάλληλο συνδυασμό μεθόδων σωματικών ή ψυχοθεραπευτικών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Η μέχρι σήμερα εφαρμοσμένες θεραπευτικές τεχνικές στη κατάθλιψη έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικότερα η πρόγνωση της είναι πολύ καλή. Gender and society. (n.d.). http://www.psychologia.gr/disorders/mood_disorders.htm (25/9/2012).

4.1.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Η θεραπεία των επειγουσών καταστάσεων είναι το πρώτο και κύριο μέλημα του κλινικού. Η πρώτη και η πιο σημαντική απόφαση που πρέπει να πάρει ο κλινικός είναι αν θα νοσηλεύσει τον άρρωστο ή θα επιχειρήσει εξωνοσοκομειακή θεραπεία. Η αυτοκτονία αποτελεί 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. Επίσης στην κατάθλιψη μπορεί να υπάρξει και κίνδυνος ανθρωποκτονίας το οποίο θα πρέπει να κεντρίσει την προσοχή του κλινικού. Συχνά άτομα με διαταραχές της διάθεσης αρνούνται ή αντιστέκονται στη σύσταση εισαγωγής στο νοσοκομείο, λόγω της ίδιας της φύσης της αρρώστιας τους. Οι άμεσες ενδείξεις που χρήζουν νοσηλεία και εισαγωγή στο νοσοκομείο είναι οι ακόλουθες:

- Απώλεια της ικανότητας αυτοφροντίδας είτε λόγω ακινητοποιητικών συμπτωμάτων είτε λόγω ψυχωτικού τρόπου σκέψης.
- Οξείες παθολογικές καταστάσεις επικίνδυνες για την ζωή του ατόμου που προέρχονται από την κατάθλιψη (ανορεξία-αφυδάτωση).
- Παθολογικές καταστάσεις που απαιτούν διάγνωση και θεραπεία όπως πχ. Καρδιακή νόσος
- Σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας
- Σοβαρός κίνδυνος ανθρωποκτονίας (Μάνου, 1997).

4.2 ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑ / ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Οι αντικαταθλιπτικές θεραπείες ξεκίνησαν το 1956, όταν παρατηρήθηκε ότι ένα αντιφυματικό βελτίωνε τη διάθεση. Δυο χρόνια αργότερα ανακαλύφθηκε το αντικαταθλιπτικό ιμιπραμίνη. Ήταν η πρώτη επιστημονικά αποδεδειγμένη θεραπεία της κατάθλιψης και απέδειξε ότι η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται φαρμακευτικά. Σήμερα, υπάρχουν πολλά διαφορετικά αντικαταθλιπτικά. Αποτελούν την αναγνωρισμένη θεραπεία για όλες τις μορφές μέτριας και σοβαρής κατάθλιψης ανεξαρτήτως αιτιολογίας. Gender and society. (n.d.). <http://www.neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm> (6/8/2012). Παρά το γεγονός ότι έχουμε κάθε λόγο να αποφεύγουμε την αλόγιστη χρήση των φαρμάκων στην περίπτωσή μας τα αντικαταθλιπτικά αποτελούν μία πολύ καλή λύση. Επειδή δεν μπορούμε με τις δικές μας δυνάμεις να βοηθήσουμε τον εαυτό μας, επιτρέπουμε στην επιστήμη να μας βοηθήσει με την χρήση των κατάλληλων φαρμάκων. Περίπου το 80% των ασθενών με κατάθλιψη ανταποκρίνεται στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά, τα οποία είναι αποτελεσματικά, δεν προκαλούν εθισμό, δεν έχουν σημαντικές παρενέργειες, δεν χάνουν την αποτελεσματικότητά τους κατά την μακροχρόνια χρήση και είναι δυνατόν να μας προσφέρουν σημαντική βοήθεια. Καυκιού, (n.d.). <http://www.psyche.gr/depression.htm> (6/8/2012). Ο στόχος δεν πρέπει να είναι να λύσουμε γρήγορα και ολοκληρωτικά το πρόβλημα μας αλλά να βοηθήσουμε όσο μπορούμε τον εαυτό μας να νιώσει καλύτερα, δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης, αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Χρησιμοποιούνται για την θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιαζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Gender and society. (n.d.). <http://www.neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm>. (6/8/2012). Επίσης, ορισμένα αντικαταθλιπτικά είναι αποτελεσματικά και στη διαταραχή πανικού με ή χωρίς αγοραφοβία, στην ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, κοινωνική φοβία, γενικευμένη αγχώδη διαταραχή, καθώς και σε άλλες καταστάσεις, όπως ψυχογενής βουλιμία, μετατραυματικό στρες. Gender and society. (n.d.). <http://www.galinos.gr/web/drugs/main/noncodes#content> (30/9/2012). Τα αντικαταθλιπτικά δεν δρουν άμεσα, και χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Η βελτίωση της διάθεσης απαιτεί συνήθως τρεις εβδομάδες και περισσότερο, αντίθετα από τα ηρεμιστικά, που έχουν άμεση δράση. Μπορεί αρχικά να παρατηρήσει κανείς βελτίωση στον ύπνο. Η

βελτίωση της διάθεσης όμως ακολουθεί αργότερα. Τέλος επιδρούν στα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου, πιο συγκεκριμένα αλλάζουν τη δράση των χημικών ουσιών (νευροδιαβιβαστές), οι οποίες χρησιμοποιούνται για να επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους.

Σημαντικοί νευροδιαβιβαστές τους οποίους προσπαθούμε να επηρεάσουμε για την θεραπεία της κατάθλιψης είναι η σεροτονίνη και η νοραδρεναλίνη. Gender and society. (n.d.)

[.http://www .neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm](http://www.neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm). (6/8/2012).

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η φαρμακευτική θεραπεία της κατάθλιψης χωρίζεται σε δύο στάδια:

- Ø Το πρώτο στάδιο ονομάζεται οξεία θεραπεία και έχει σαν στόχο να νιώσει ο ψυχικά ασθενής καλύτερα.
- Ø Το δεύτερο στάδιο ονομάζεται θεραπεία συντήρησης ή διατήρησης και έχει στόχο να παραμείνει καλά ο καταθλιπτικός ασθενής. Εάν η κατάθλιψη δεν βελτιώνεται σε 6 έως 8 εβδομάδες από την ημέρα έναρξης της θεραπείας, ο γιατρός οφείλει να προχωρήσει στην τροποποίηση (αύξηση της δόσης του φαρμάκου) ή την αλλαγή της φαρμακευτικής αγωγής (αντικατάσταση με άλλο αντικαταθλιπτικό ή συνδυασμός 2 φαρμάκων όταν το ένα φάρμακο από μόνο του δεν είναι αρκετό).

ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΕΙΣ.

- Ø Οι ασθενείς με ένα πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης που υποχωρεί πλήρως μετά από φαρμακευτική θεραπεία, χρειάζεται να συνεχίζουν το φάρμακο τους για ακόμη 6 έως 9 μήνες για να μειωθούν οι πιθανότητες ώστε η κατάθλιψη να μην παρουσιαστεί ξανά (υποτροπή).
- Ø Οι ασθενείς που είχαν 2 ή περισσότερα επεισόδια κατάθλιψης στο παρελθόν πιθανόν να χρειάζεται να συνεχίσουν τη θεραπεία τους για περισσότερο από 9 μήνες.

- Ø Ορισμένοι γιατροί συμβουλεύουν τους ασθενείς τους να συνεχίσουν την φαρμακευτική αγωγή για αόριστο χρονικό διάστημα, αν το πρώτο επεισόδιο κατάθλιψης εκδηλώθηκε μετά την ηλικία των 50_ετών (υπάρχει αυξημένος κίνδυνος υποτροπής). Ορισμένα (λίγα) άτομα χρειάζεται να παίρνουν φάρμακα επ' αόριστον για να ελέγχουν την κατάθλιψη και να προλαμβάνουν τις υποτροπές. Μενεδιάτου, & Κουκλινός, (n.d). <http://www.whatgr.com/an/ta-antikatathliptika-farmaka.html> (10/9/2012).

4.3 ΕΙΔΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ.

Διάφορα σκευάσματα χρησιμοποιούνται για την καταπολέμηση της κατάθλιψης, οι οποία αποτελεί ένα μεγάλο μερίδιο αγοράς για τις φαρμακευτικές εταιρίες. Agorastos, (2008). <http://psychologein.sciblogs.net>. (11/8/2012). Υπάρχουν πολλών ειδών αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα φάρμακα αυτά επαναφέρουν την ισορροπία των νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο, ανεβάζοντας τα επίπεδα της σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης στις εγκεφαλικές νευρικές συνάψεις. Τα φάρμακα που είναι πιο διαδεδομένα και χρησιμοποιούνται πιο συχνά στη θεραπεία της κατάθλιψης είναι τα εξής:

1. ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ (Tricyclic Antidepressants-TCA) ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ.

Ονομάζονται τρικυκλικά λόγω της χημικής δομής τους (τρεις δακτύλιοι που ενώνονται μεταξύ τους και μία πλάγια αλυσίδα). Στα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά βασίστηκε η ψυχιατρική για την θεραπεία της κατάθλιψης τις προηγούμενες δεκαετίες. Έχουν λιγότερο ευνοϊκό προφίλ παρενεργειών (περισσότερες δηλαδή παρενέργειες) σε σχέση με τα πιο σύγχρονα αντικαταθλιπτικά και γι' αυτό η χρήση τους είναι πλέον περιορισμένη. Πάντως, η σύγχρονη ψυχιατρική εξακολουθεί να τα χρησιμοποιεί καθώς είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη (ειδικά σε νοσοκομειακούς ασθενείς).

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: Εκτός από την κατάθλιψη, έχουν ενδείξεις και στην Διαταραχή Πανικού, την Ιδεοψυχαναγκαστική Διαταραχή και τις Φοβίες.

ΔΡΟΥΝ: ενισχύοντας τη μετάδοση σημάτων στον εγκέφαλο μέσω σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (αυξάνουν την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στην σύναψη, εμποδίζοντας την επαναρρόφηση τους από το κύτταρο που τους ελευθέρωσε).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ: Η θεραπεία με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά πρέπει να ξεκινάει με χαμηλή δοσολογία και στη συνέχεια με σταδιακή αύξηση της δόσης, σε διαιρεμένες δόσεις ή εφάπαξ το βράδυ. Μερικά τρικυκλικά έχουν διεγερτική δράση και πρέπει να λαμβάνονται το πρωί, ενώ άλλα έχουν κατασταλτική δράση και γι' αυτό είναι προτιμότερο να λαμβάνονται το βράδυ. Θεραπεία με TCA θα πρέπει να αποφεύγουν τα ηλικιωμένα και ευπαθή άτομα καθώς

και ασθενείς με ιστορικό καρδιακών προβλημάτων. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορούν να προκαλέσουν θάνατο από υπερβολική δόση και θα πρέπει να αποφεύγονται σε περιπτώσεις ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό.

ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΩΝ TCA ΑΝΗΚΟΥΝ:

- Ø Αμιτριπτυλίνη (Amitriptyline).
- Ø Χλωριμιπραμίνη ή κλομιπραμίνη (Clomipramine).
- Ø Δοσουλεπίνη (Dosulepin).
- Ø Δοθιεπίνη (Dothiepin).
- Ø Ιμιπραμίνη (Imipramine).
- Ø Λοφεπραμίνη (Lofepramine).
- Ø Νορτριπτυλίνη (Nortriptyline).
- Ø Τριμιπραμίνη Ttrimipramine).
- Ø Τραζοδόνη (Trazodone).
- Ø Δοξαπίνη (Doxepin).

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ:

- Ø Υπνηλία.
- Ø Αύξηση σωματικού βάρους.
- Ø Σκοτοδίνη (ζάλη) κατά την έγερση.
- Ø Θολή όραση (προβλήματα εστίασης της όρασης σε μικρή απόσταση).
- Ø Δυσκοιλιότητα.
- Ø Δυσκολία ούρησης (κυρίως σε ηλικιωμένους άνδρες με διογκωμένο προστάτη αδένα).
- Ø Εφίδρωση.
- Ø Ναυτία και έμετος.

- Ø Διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας.
- Ø Ξηρότητα στόματος.
- Ø Ταχυκαρδία.
- Ø Αρρυθμίες.

2. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΤΗΣ ΜΟΝΟΑΜΙΝΙΚΗΣ ΟΞΕΙΔΑΣΗΣ (MonoAmine Oxidase Inhibitors- MAOIs).

Οι αναστολείς μονοαμινικής οξειδάσης αυξάνουν την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στην σύναψη εμποδίζοντας την διάσπαση τους από ένα ένζυμο που ονομάζεται μονοαμινοοξειδάση. Αυτό γίνεται αναστέλλοντας την δράση του ενζύμου. Το ένζυμο αυτό όμως έχει και άλλες σημαντικές λειτουργίες όπως η διάσπαση μιας χημικής ένωσης που ονομάζεται **τυραμίνη** και περιέχεται σε ένα μεγάλο αριθμό τροφών (τυρί, παστά ψάρια και κρέατα, φασόλια, κόκκινο κρασί, προϊόντα σόγιας, συκώτι, πατέ, γιαούρτι και άλλα). Για να ανασυνθέσει ο οργανισμός την μονοαμινοοξειδάση, απαιτούνται δύο εβδομάδες. Έτσι, όταν κάποιος διακόπτει το φάρμακο, πρέπει να συνεχίζει την διαίτα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Το ίδιο διάστημα "αποχής" χρειάζεται και για προχωρήσει κάποιος στην λήψη άλλου αντικαταθλιπτικού φάρμακου.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ: Η μεγάλη ποσότητα τυραμίνης προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία με την σειρά της προκαλεί έντονη, σφύζουσα κεφαλαλγία, ταχυκαρδία και πιθανώς αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Όσοι παίρνουν MAOI πρέπει να ακολουθούν αυστηρή διαίτα και να προσέχουν πολύ στην χρήση άλλων φαρμάκων. Λόγω των σοβαρών αλληλεπιδράσεων με τροφές και άλλα φάρμακα, τα MAOI χρησιμοποιούνται πλέον σπάνια. Οι γιατροί στρέφονται συνήθως σε αυτά όταν τα υπόλοιπα δεν έχουν αποτέλεσμα.

ΤΥΠΟΙ: Ένας νεότερος τύπος MAOI, που ονομάζεται RIMA (αναστρέψιμος αναστολέας της μονοαμινικής οξειδάσης υπότυπος A). Υπάρχουν 2 τύποι μονοαμινοοξειδάσης: ο τύπος A και ο τύπος B. Τα RIMA αναστέλλουν μόνο τον ένα τύπο και επίσης δεν καταστρέφουν εντελώς το ένζυμο (το αναστέλλουν μόνο). Έτσι, το πρόβλημα με τις τροφές που περιέχουν τυραμίνη είναι μικρότερο και η διαίτα (παρόλο που είναι και πάλι απαραίτητη) είναι λιγότερο αυστηρή. Η δράση των RIMA παρέρχεται μία ημέρα μετά την διακοπή τους.

ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΩΝ ΜΑΟΙ ΑΝΗΚΟΥΝ:

- Ø Φαινελζίνη (Phenelzine).
- Ø Τρανυλκυπρομίνη (Tranlycypromine).
- Ø Ισοκαρβοξαζίνη (Isocarboxazid).

ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΩΝ RIMA ΑΝΗΚΟΥΝ:

- Ø Μοκλοβεμίδη.

3. ΕΚΛΕΚΤΙΚΟΙ (Η ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΟΙ) ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors –SSRIs).

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης είναι η νέα γενιά φαρμάκων στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης (έκαναν την εμφάνισή τους την δεκαετία του 1980). Η αποτελεσματικότητα, η ασφάλεια και η καλή ανοχή τα έχουν καταστήσει φάρμακα πρώτης επιλογής μεταξύ των αντικαταθλιπτικών: λόγω των λιγότερων παρενεργειών, υπάρχουν λιγότερες πιθανότητες οι ασθενείς να διακόψουν πρώιμα την αγωγή.

ΕΝΔΕΙΞΗ: Η κύρια ένδειξη των SSRI είναι η μείζων κατάθλιψη (μονοπολική και διπολική). Χρησιμοποιούνται όμως επίσης με επιτυχία και σε άλλες διαταραχές όπως οι διαταραχές διατροφής, οι αγχώδεις διαταραχές (διαταραχή κρίσεων πανικού, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή, διαταραχή μετατραυματικού στρες και κοινωνική φοβία).

ΔΡΟΥΝ: σταματώντας την επαναπρόσληψη (επαναρρόφηση) του νευροδιαβιβαστή σεροτονίνη από το κύτταρο που την ελευθέρωσε, συνεπώς αυξάνοντας την ποσότητα της ελεύθερης σεροτονίνης στην σύναψη. Ο όρος "εκλεκτικοί" (ή "επιλεκτικοί") αναφέρεται στην ικανότητα του φαρμάκου να επηρεάζει σχεδόν αποκλειστικά την σεροτονίνη και όχι άλλους νευροδιαβιβαστές.

ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΩΝ SSRI ΑΝΗΚΟΥΝ:

- Ø Φλουοξετίνη (Fluoxetine).
- Ø Φλουβοξαμίνη (Fluvoxamine).
- Ø Παροξετίνη (Paroxetine).
- Ø Σερτραλίνη (Sertraline).
- Ø Σιταλοπράμη (Citalopram).

Η φλουοξετίνη είναι η δραστική ουσία του γνωστού σε όλους μας **Prozac** (στην Ελλάδα κυκλοφορεί με την ονομασία **Ladose**). Έχει ονομαστεί το "χάπι της ευτυχίας" και έχει συνταγογραφηθεί σε εκατομμύρια ανθρώπους στον κόσμο (ειδικά στην Αμερική) ακόμη και σε άτομα με ήπια κατάθλιψη, τα οποία πιθανότατα θα βελτιώνονταν χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Παραμένει το πιο διαδεδομένο αντικαταθλιπτικό. Πολλοί επιστήμονες σήμερα ανησυχούν για την υπερβολικά συχνή και "εύκολη" συνταγογράφηση του.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ: Οι παρενέργειες των SSRI είναι πιο ήπιες από αυτές των τρικυκλικών. Την πρώτη εβδομάδα αγωγής μπορεί το άτομο να νιώσει:

- Ø Ήπιο άγχος.
- Ø Τάση για εμετό
- Ø Ήπιους πονοκεφάλους.
- Ø Υπνηλία.
- Ø Σεξουαλική δυσλειτουργία (καθυστερημένη εκσπερμάτιση, ανοργασμία, στυτική δυσλειτουργία).
- Ø Απόπειρα αυτοκτονίας. Πρέπει να γίνεται προσεκτική εκτίμηση για το ενδεχόμενο κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας, τόσο στην αρχή όσο και στην πορεία της θεραπείας. Σε σπάνιες περιπτώσεις, έχει αναφερθεί ότι ασθενείς μπορούν να εκδηλώσουν αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας στη διάρκεια θεραπείας με SSRI.

4. ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ ΚΑΙ ΝΟΡΕΠΙΝΕΦΡΙΝΗΣ (Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitors SNRIs).

Οι αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης είναι μια κατηγορία αντικαταθλιπτικών φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για την θεραπεία της κλινικής κατάθλιψης και άλλες συναισθηματικές διαταραχές.

Χρησιμοποιούνται επίσης για τη θεραπεία των διαταραχών άγχους, την διαταραχή υπερκινητικότητας – διάσπασης προσοχής (ADHD), και το χρόνια νευροπαθή πόνο (ειδικά στους διαβητικούς).

ΕΝΕΡΓΟΥΝ: επάνω σε δύο νευροδιαβιβαστές, τη σεροτονίνη και τη νορεπινεφρίνη, σε αντίθεση κμε τους εκλεκτικούς αναστολείς της επαναπρόσληψης μόνο της σεροτονίνης (SSRIs), οι οποίοι έχουν επιπτώσεις μόνο στη σεροτονίνη. Οι SNRIs είναι νεότεροι από τους SSRIs και υπάρχει μόνο ένας μικρός αριθμός τους αυτή τη στιγμή. Η αποτελεσματικότητα και η ανοχή τους εμφανίζονται να είναι κάπως καλύτερες από τους SSRIs, πιθανόν λόγω της σύνθετης επίδρασής τους.

ΣΤΗΝ ΚΑΤΗΓΟΡΙΑ ΤΩΝ SNRI ΑΝΗΚΟΥΝ:

- Ø Βενλαφαξίνη (Venlafaxine).
- Ø Ντουλοξετίνη (Duloxetine).

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ: Οι παρενέργειες των SNRIs είναι παρόμοιες με εκείνες των SSRIs

- Ø Ξηρό στόμα.
- Ø Γαστρεντερικές διαταραχές.
- Ø Σεξουαλικές δυσλειτουργίες.
- Ø Υπέρταση.

5. ΝΟΡΑΔΡΕΝΕΡΓΙΚΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΕΡΓΙΚΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant- NassA).

NassA είναι ένα αρκτικόλεξο για τα νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά. Το μοναδικό μέχρι στιγμής φάρμακο αυτής της κατηγορίας είναι η μιρταζαπίνη (Mirtazapine) : εγκρίθηκε το 1996 για την θεραπεία της ήπιας έως βαριάς κατάθλιψης. Συνδυάζει αντισταμινική, νοραδρενεργική και σεροτονινεργική δράση. Σε χαμηλή δοσολογία, υπερισχύει η αντισταμινική δράση και προκαλεί καταστολή και αύξηση του σωματικού βάρους. Σε υψηλότερες δόσεις δρα περισσότερο ως νοραδρενεργικό και κινητοποιεί τον ασθενή.

Η μιρταζαπίνη έχει μοναδικό φαρμακολογικό προφίλ (αν και η χημική δομή της είναι τετρακυκλική): εκτός από τη βελτίωση της ψυχοπαθολογίας, δρα και στα βασικά βιολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης, δηλαδή αϋπνία, απώλεια όρεξης και βάρους. Η μιρταζαπίνη είναι σχετικά ασφαλής ακόμα και αν ληφθεί σε υπερβολική δόση.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ: Υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι χρήσιμη και σε ψυχικές νόσους όπου δεν έχει επίσημα πάρει έγκριση: την διαταραχή πανικού, την ψυχαναγκαστική διαταραχή, το άγχος και την μετατραυματική διαταραχή.

ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ:

- Ø Η αύξηση της όρεξης και του βάρους (1 στα 6 άτομα). Η μιρταζαπίνη μπορεί να αυξήσει και τα επίπεδα χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων στο αίμα. Πρέπει να σημειώσουμε όμως ότι η απώλεια βάρους είναι ένα συχνό σύμπτωμα της κατάθλιψης. Η επιτυχής αντικαταθλιπτική θεραπεία συνοδεύεται συνεπώς από την κανονικοποίηση του βάρους του σώματος. Η επιπλέον επιβάρυνση με κιλά, μπορεί να χρειαστεί κατάλληλη διατροφική αντιμετώπιση.
- Ø Η υπνηλία (υποχωρεί μετά τις πρώτες ημέρες). Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς που παίρνουν μιρταζαπίνη αναπτύσσουν την υπνηλία. Για αυτόν τον λόγο,

- Ø συνιστάται η βραδινή λήψη της, οπότε μπορεί να βοηθήσει και στον ύπνο (η αϋπνία ανήκει στα βασικά βιολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης). Η επιτυχής αντικαταθλιπτική θεραπεία συνοδεύεται συνεπώς από την κοινωνικοποίηση της αϋπνίας), παρόλο που δεν είναι τυπικό υπνωτικό.
- Ø Ξηροστομία (1 στα 4 άτομα).

6.ΑΛΛΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ.

Σε αυτή την κατηγορία ανήκει η βουπροπρόνη και δρα εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης από το κύτταρο που την απελευθέρωσε. Μενεδιάτου, & Κουκλινός, (n.d.). <http://mazi.org.gr/κατάθλιψη/φαρμακευτική-αγωγή?start=5> (10/9/2012).

- Ø Οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ), αυτά θεωρούνται πιο νέα αντικαταθλιπτικά, έχουνδειχθεί ότι είναι αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε υπερβολική δόση. Έτσι, μαζί με τα τρικυκλικά και οι ΕΑΕΣ θεωρούνται πια φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη. (Μάνου, 1997).
- Ø Μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά), θα χρησιμοποιηθούν όταν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, σύγχυση, ή υπερβολικό άγχος πάντα σε συνδυασμό με τρικυκλικά ή ηλεκτροσόκ.
- Ø Υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες), αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν μερικές φορές για να ανακουφίσουν το άγχος, την ανησυχία, τον εκνευρισμό και την αϋπνία. Πρέπει όμως να σημειώσουμε ότι τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και να επιβαρύνουν έτσι την κλινική εικόνα και αφετέρου τα συμπτώματα στα οποία απευθύνονται και ιδιαίτερα η αϋπνία θεραπεύονται καλύτερα με τα αντικαταθλιπτικά παρά με αυτά τα φάρμακα. Επομένως αν λάβουμε υπόψη και τον κίνδυνο εθισμού, ίσως είναι καλύτερο να αποφεύγονται, όσο είναι δυνατό, τα υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά. Gender and society. (n.d.). <http://www.neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm>. (19/8/2012).

4.4 ΟΔΗΓΕΙΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ.

Ο γιατρός που είναι κατάλληλα καταρτισμένος και έχει την αντίστοιχη εμπειρία για την χορήγηση αντικαταθλιπτικής αγωγής είναι ο ψυχίατρος. Ο ψυχίατρος θα συστήσει το κατάλληλο φάρμακο καθώς και την καθημερινή δόση. Η πιθανότητα υποτροπής της κατάθλιψης έχει συχνά στενή σχέση με την μη συμμόρφωση του ασθενούς στις οδηγίες του θεράποντος ιατρού (πρώιμη διακοπή της αγωγής, μη συστηματική λήψη των φαρμάκων, μη συμμόρφωση με την προτεινόμενη καθημερινή δόση). Όταν χρησιμοποιούνται φάρμακα για τη θεραπεία της κατάθλιψης, οι γιατροί επιβάλλεται να παρακολουθούν τους ασθενείς τους τακτικά με στόχο να ελέγχουν την κατάσταση τους, την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και να ανιχνεύουν τυχόν παρενέργειες που παρουσιάζονται. Η παρακολούθηση αυτή πρέπει να αρχίζει εντός 1 έως 2 εβδομάδων μετά την πρώτη φορά λήψης του φαρμάκου και να συνεχίζεται 1 φορά την εβδομάδα ή 1 φορά στις 15 μέρες μέχρι την σταθεροποίηση της κατάστασης. Στη συνέχεια, η παρακολούθηση γίνεται κάθε 1 ή 2 μήνες.

Ο καταθλιπτικός ασθενής, κατά τη διάρκεια της φαρμακευτικής αγωγής θα πρέπει να γνωρίζει τα παρακάτω:

- Ø Αρχικά, θα πρέπει να ενημερώσει τον θεράποντα ιατρό του αν παίρνει άλλα φάρμακα ή φυτικά σκευάσματα, συμπεριλαμβανομένου οποιουδήποτε φαρμάκου αγόρασε μόνος του (ακόμα κι αν πρόκειται για φάρμακο που δεν χρειάζεται συνταγογράφηση) ή του το έγραψε γιατρός, είναι σημαντικό να ρωτήσει τον γιατρό του αν είναι ασφαλής η λήψη τους μαζί με τα αντικαταθλιπτικά (για να αποφευχθούν τυχόν αλληλεπιδράσεις). Είναι επίσης σημαντικό να ενημερώνει τον γιατρό σας για άλλες οργανικές παθήσεις ή ιστορικό ψυχολογικών προβλημάτων ώστε να επιλέξει το φάρμακο που του ταιριάζει.
- Ø Στη συνέχεια, θα πρέπει να γνωρίζει ότι όταν λαμβάνει τη θεραπευτική αγωγή, δεν πρέπει να καταναλώνει **αλκοόλ**. Ιδιαίτερα στην περίπτωση των ψυχιατρικών φαρμάκων, οι αλληλεπιδράσεις με το αλκοόλ είναι πολύπλοκες και γενικά είτε

- Ø οδηγούν σε σοβαρές και ανεπιθύμητες παρενέργειες είτε υποβαθμίζουν τη θεραπευτική ικανότητα των φαρμάκων. Χρειάζεται να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός, επειδή το αλκοόλ επηρεάζει διαφορετικά κάθε άνθρωπο, ειδικά κατά την διάρκεια λήψης φαρμάκων. Θα πρέπει να συμβουλευτεί τον γιατρό του, αν πίνει συστηματικά.
- Ø **Τα ναρκωτικά** μπορεί να επηρεάσουν την αντικαταθλιπτική θεραπεία. Υπάρχουν πολύ λίγες πληροφορίες σχετικά με την λήψη αντικαταθλιπτικών σε συνδυασμό με τα ναρκωτικά με αποτέλεσμα η επίδραση και η ασφάλεια της ταυτόχρονης λήψης τους να είναι άγνωστες. Είναι καλύτερο να μην κάνει χρήση ναρκωτικών ουσιών ενώ παίρνει αντικαταθλιπτική αγωγή. Ενδέχεται να χρειάζεται εξειδικευμένη βοήθεια και υποστήριξη γι' αυτό.
- Ø Επιπρόσθετα, είναι σημαντικό να γνωρίζει, ότι παίρνοντας τη φαρμακευτική του αγωγή σωστά και τακτικά (σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού του), θα ωφεληθεί πλήρως από αυτό. Αν παραλείπει ή ξεχάσει μια δόση στην συνηθισμένη της ώρα αλλά την θυμηθείτε μέσα στις επόμενες 1-2 ώρες, θα πρέπει να την πάρει αμέσως. Αν έχει παρέλθει μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, απλώς θα παραλείψει την χαμένη δόση ή θα ζητήσει την συμβουλή του γιατρού που τον παρακολουθεί. Στη συνέχεια θα πάρει την επόμενη δόση στην σωστή της ώρα και μην παίρνει παραπάνω φάρμακο στην επόμενη δόση. Αν δεν πάρει όμως κάποιες δόσεις, ενδέχεται να παρουσιάσει συμπτώματα "διακοπής"
- Ø Τέλος θα πρέπει να γνωρίζει ότι τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να προκαλέσουν ορισμένα συμπτώματα που ονομάζονται "**συμπτώματα διακοπής**". Μπορούν να εμφανιστούν αν μειωθεί η δόση, αν παραλειφθούν δόσεις ή κυρίως αν διακοπεί απότομα η λήψη του φαρμάκου. Τα συμπτώματα αυτά είναι συνήθως ήπια και υποχωρούν έπειτα από μερικές μέρες, μπορεί όμως να είναι και σοβαρότερα. Πιθανά τέτοια συμπτώματα είναι: ζάλη, άγχος, αίσθηση ηλεκτρικών εκκενώσεων (ηλεκτροσόκ), συμπτώματα γρίπης (ρίγη, πόνοι στους μύες, πονοκέφαλος), ναυτία, διάρροια, μεταπτώσεις της διάθεσης, ξεσπάματα κλάματος, προβλήματα στον ύπνο (αϋπνία, υπερβολικός αριθμός ονείρων). Η λήψη των αντικαταθλιπτικών δεν πρέπει να διακόπτεται απότομα αλλά σταδιακά και με την σύμφωνη γνώμη του θεράποντος ιατρού, μειώνοντας την δοσολογία εντός χρονικού διαστήματος 4 εβδομάδων

συνήθως έως ότου διακοπούν εντελώς. Αν παρά την σταδιακή διακοπή, πιστεύει ότι εμφανίζει ανησυχητικά συμπτώματα, θα πρέπει να συμβουλευτεί το γιατρό του μπορεί να χρειάζεται να μειώσει την δοσολογία, με πιο αργούς ρυθμούς.

Μενεδιάτου, & Κουκλινός, (n.d). <http://www.whatgr.com/an/ta-antikatathliptika-farmaka.html> (10/9/2012).

4.5 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΜΕΣΑ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Πολλοί πιστεύουν ότι οι ψυχοθεραπευτικές θεραπείες είναι περισσότερο σημαντικές από την χρήση αντικαταθλιπτικών, γιατί μέσω τις ψυχοθεραπείας ο καταθλιπτικός ασθενής μπορεί να:

- Να ερευνήσει σκέψεις και συμπεριφορές, που συμβάλλουν στη δημιουργία αισθημάτων απογοήτευσης, μειονεκτικότητας, και ενοχής τα οποία συνοδεύουν ή βρίσκονται στη ρίζα της κατάθλιψης.
- Να κατανοήσει ποια από τα προβλήματα που τον απασχολούν μπορεί να επιλύσει ή να συμβιώσει αρμονικά μαζί τους.
- Να βελτιώσει τις σχέσεις του με τα αγαπημένα του πρόσωπα.
- Να ξαναβάλει σταδιακά στη ζωή του ευχάριστες δραστηριότητες, που μπορούν να ξυπνήσουν μέσα του τη χαρά της ζωής.
- Να εκφράζει τα αληθινά του συναισθήματα, όταν θέλει πραγματικά να επικοινωνήσει ακόμη και όταν αυτά είναι αρνητικά.
- Να διεκδικήσει τα δικαιώματά του, και να μην υποχωρεί από φόβο στις απόψεις των άλλων.
- Να στηρίζει τις επιλογές του, τις δικές του αξίες, και τις δικές του επιθυμίες, και να ανακτήσει τον έλεγχο της ζωής του.
- Να βάλει ρεαλιστικούς στόχους για το μέλλον, που μπορούν να του δώσουν νόημα, για να αναλαμβάνει το ρίσκο και την ευθύνη αυτών των επιλογών. Καυκιού, Ν. (n.d.). <http://psyche.gr/depression.htm> (25/9/2012).

Ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να τον βοηθήσει να καταλάβει τους ψυχολογικούς λόγους οι οποίοι συμβάλλουν στη δημιουργία των καταθλιπτικών αισθημάτων και να τον υποστηρίξει στη πορεία της θεραπευτικής του αλλαγής. Ο ψυχοθεραπευτής δεν θέλει απλά να τον παρηγορήσει, αλλά θέλει να τον βοηθήσει να αλλάξει τον εαυτό του. Στην περίπτωση που δεν μπορεί να πάρει βοήθεια μέσα από το θεραπευτικό διάλογο, είναι καλύτερα να απευθυνθούν σε κάποιο ψυχίατρο και να περιμένουν να ξεκινήσει μέσα του μία αλλαγή με την βοήθεια του φαρμάκου. Το αντικαταθλιπτικό μπορεί να δημιουργήσει μέσα του τις προϋποθέσεις για να είναι δημιουργική και γόνιμη η ψυχοθεραπευτική δουλειά. Μπορεί να μειώσει το άγχος, και

να βελτιώσει την διάθεση του, ώστε να αρχίσει μετά μία πορεία θεραπευτικής αλλαγής στην ψυχολογική και κοινωνική του ζωή. Όσο πιο υγιής και δυνατός αισθάνεται, τόσο πιο εύκολα μπορεί με την βοήθεια του ψυχοθεραπευτή να δουλέψει σ' ένα βαθύτερο επίπεδο με τον εσωτερικό του κόσμο, για να γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό του και να μάθει τεχνικές αντιμετώπισης των αρνητικών σκέψεων και αισθημάτων. Η αυτογνωσία και η καλλιέργεια των ψυχολογικών του δεξιοτήτων θα τον βοηθήσει να χειρίζεται σωστά τις εσωτερικές και εξωτερικές αντιξοότητες, ώστε να μην ξαναζήσουν ποτέ πια στο μέλλον άλλη καταθλιπτική περίοδο. Καυκιού, (n.d.). <http://psyche.gr/depression.htm> (25/9/2012). Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης χρησιμοποιούνται διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, οι πιο διαδεδομένες και εύχρηστες είναι οι ακόλουθες:

ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: Δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες, στα βιώματα του ατόμου, και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν την συμπεριφορά του. Χρησιμοποιείται κυρίως σε ήπιες και χρόνιες μορφές κατάθλιψης. Η μακράς διάρκειας ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία: ενδείκνυται για τις περιπτώσεις που η ζωή του ατόμου είναι χρόνια διαταραγμένη από τις ασυνείδητες συγκρούσεις του. Οι καταστάσεις αυτές προκαλούν χρόνιες ψυχολογικές δυσλειτουργίες, που η μακράς διάρκειας ψυχοθεραπεία καλείται να επιλύσει. Διαρκεί μήνες ή και χρόνια και έχει σαν αποτέλεσμα την βελτίωση των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής ευαισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας. Η βελτίωση αυτή, έρχεται μέσα από την εξέταση, επαναβίωση, και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή-ασθενή. Η βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία: μπορεί να είναι υποστηρικτική με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης συμπτωμάτων ή μπορεί να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες εστιακές τεχνικές, μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική σε λιγότερες από 20 συνεδρίες. Έχει βραχυπρόθεσμους στόχους, δηλαδή υποστήριξη του ασθενούς, παρέμβαση σε περίοδο κρίσης και υποβοήθησης του ασθενούς στον τομέα της απόκτησης δεξιοτήτων επικοινωνίας με τους άλλους. Gender and society. (n.d.). http://www.psychologia.gr/disorders/mood_disorders.htm (25/9/2012).

ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης (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, που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη. Διαρκεί 12- 16 συνεδρίες και προσφέρεται κυρίως σε ήπιες μορφές κατάθλιψης, επικεντρώνεται περισσότερο στις παρελθούσες και παρούσες σχέσεις και το πώς επηρεάζουν την τωρινή λειτουργικότητα του ατόμου. Έχει στόχο ψυχοεκπαιδευτικό δηλαδή αποβλέπει στο να δώσει στον ασθενή την απαραίτητη πληροφόρηση για την πάθησή του και να τον βοηθήσει να διαμορφώσει τις στρατηγικές που απαιτούνται για να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του. Gender and society. (n.d.). http://www.psychologia.gr/disorders/mood_disorders.htm (25/9/2012).

ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ: είναι αποτελεσματική στην βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών, και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση. Συμβάλλει στην απόκτηση των κοινωνικών δεξιοτήτων μέσα από ένα υποστηρικτικό περιβάλλον, ένα περιβάλλον δηλαδή όπου ο ένας ασθενής βοηθάει τον άλλον να ξεπεράσει τις δυσκολίες του, έτσι δίνει την δυνατότητα στον ασθενή να διερευνήσει και να βελτιώσει τον τρόπο που επικοινωνεί με τους άλλους. Gender and society. (n.d.). http://www.psychologia.gr/disorders/mood_disorders.htm (25/9/2012).

ΓΝΩΣΙΑΚΗ- ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ: βοηθά τα άτομα να ανακτήσουν τη χαμένη ελπίδα τους, να αποκτήσουν αυτοεκτίμηση και να αποβάλλουν τα συναισθήματα ανημπόριας μέσα από τη χρήση συγκεκριμένων τεχνικών, όπως το να εστιάσουν στις δυσλειτουργικές σκέψεις και να τις τροποποιήσουν αξιολογώντας με αντικειμενικό τρόπο την πραγματικότητα ώστε να αποκτήσουν καλύτερη θεώρηση της εικόνας που έχουν για τον εαυτό τους, τους άλλους και το μέλλον. χειρισμού δύσκολων καταστάσεων. Είναι μια βραχυχρόνια ψυχοθεραπεία με δομημένες συνεδρίες που στοχεύει να βοηθήσει τον

καταθλιπτικό να αντικαταστήσει τις αρνητικές του σκέψεις και συμπεριφορές με περισσότερο ρεαλιστικές. Επίσης τον βοηθά το άτομο να αποκτήσει δεξιότητες χειρισμού δύσκολων καταστάσεων. Αμανατίδου, (n.d.). <http://e-psychology.gr/grief-depression/575-ti-einai-katathlipsi-pos-thn-antimetopizoume> (25/9/2012).

ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΦΑΡΜΑΚΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΜΕ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ψυχοθεραπεία δεν αποκλείει τη θεραπεία με τα αντικαταθλιπτικά. Μας δίνεται η δυνατότητα να χρησιμοποιήσουμε και να συνδυάσουμε και τις δυο θεραπευτικές μεθόδους ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, άλλωστε έχει παρατηρηθεί ότι ο συνδυασμός θεραπειών είναι πιο αποτελεσματικός από οποιαδήποτε θεραπεία μόνη της. Τα καλύτερα και γρηγορότερα θεραπευτικά αποτελέσματα επιτυγχάνονται με τον συνδυασμό και των δύο θεραπειών. Gender and society. (2008). [http://psychcentral.com/lib/2008/depression _ treatment-psychotherapy-medication-or-both](http://psychcentral.com/lib/2008/depression_treatment-psychotherapy-medication-or-both) (28/9/2012). Άλλωστε οι στόχοι των θεραπειών είναι διαφορετική. Οι σωματικές θεραπείες στοχεύουν περισσότερο στη βελτίωση των φυσιολογικών λειτουργιών όπως ύπνος, όρεξη, και προετοιμάζουν το έδαφος για την ψυχοθεραπεία, ενώ οι ψυχοθεραπείες στοχεύουν στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και στην εξασφάλιση ομαλής ψυχικής λειτουργίας (Μάνου, 1997).

4.6 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν η θεραπεία με φάρμακα δεν βοηθά να υποχωρήσουν τα συμπτώματα της κλινικής κατάθλιψης, τότε έρχονται άλλες μέθοδοι να καλύψουν αυτό το κενό. Μια από αυτές τις μεθόδους είναι και η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ΗΣΘ). Μενεδιάτου, (n.d.).

<http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/Ηλεκτροσπασμοθεραπεία-και-άλλες-θεραπείες>.

(24/9/2012). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), παλαιότερα γνωστή ως ηλεκτροσόκ, είναι μια καλά εδραιωμένη, αν και αμφιλεγόμενη, ψυχιατρική θεραπεία. Παρουσιάστηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1930 και απέκτησε ευρεία χρήση ως μια μορφή θεραπείας κατά τη δεκαετία του 1940 και του 1950. Σήμερα, εκτιμάται ότι περίπου 1 εκατομμύριο άνθρωποι σε όλο τον κόσμο λαμβάνουν την θεραπεία με (ΗΣΘ) κάθε χρόνο, συνήθως σε μια πορεία 6-12 αγωγές που έχουν χορηγηθεί 2 ή 3 φορές την εβδομάδα. Gender and society. (n.d.). [http://www.news-medical.net/health/electroconvulsive-therapy-what-is-electroconvulsive-therapy-\(greek\).asp](http://www.news-medical.net/health/electroconvulsive-therapy-what-is-electroconvulsive-therapy-(greek).asp) (25/9/2012).

ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ;

Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ή αλλιώς ECT (electroconvulsive therapy) είναι μια ιατρική, σωματική θεραπεία που γίνεται από γιατρούς. Στο άτομο δίνεται ένα γενικό αναισθητικό και ένα φάρμακο για την χαλάρωση των μυών. Όταν τα ανωτέρω επιδράσουν απόλυτα, ο εγκέφαλος του ατόμου τονώνεται με μια σύντομη, ελεγχόμενη σειρά ηλεκτρικών σφίξεων χρησιμοποιώντας ηλεκτρόδιο που τοποθετούνται σε συγκεκριμένα σημεία του κεφαλιού του ατόμου. Η τόνωση αυτή προκαλεί σπασμούς στον εγκέφαλο που διαρκούν μέχρι δύο λεπτά. Λόγω του μυοχαλαρωτικού και αναισθητικού φαρμάκου, το σώμα του ατόμου δεν κλονίζεται και το άτομο δεν νοιώθει πόνο. Το άτομο ξυπνάει μετά από πέντε με δέκα λεπτό, όπως θα ξυπνούσε μετά από μια μικρή εγχείρηση. Η ECT συνήθως συνίσταται από έξι μέχρι 12 θεραπείες που χορηγούνται τρεις φορές την εβδομάδα σε διάστημα ενός μηνός περίπου. Ο συνολικός αριθμός θεραπειών που χρειάζονται για να καλυτερέψει ένα άτομο διαφέρει από άτομο σε άτομο και ο ψυχίατρος θα συζητήσει με τον ασθενή πόσες θεραπείες θα χρειαστεί. Gender and society. (n.d.). <http://www.psynet.gr/index.php?option=com-content&viewarticle&id=111:c&catid=47-8&idmid=35> (24/9/2012).

ΠΟΙΑ Η ΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΑΤΟΜΩΝ;

Η γενική άποψη για την ΗΣΘ είναι πολύ αρνητική, λόγω διαστρεβλωμένων εικόνων που παρουσιάστηκαν στον κινηματογράφο (" Πέταγμα πάνω από τη φωλιά του κούκου", "Το κουρδιστό πορτοκάλι" κ.α.) και στην τηλεόραση και έκαναν τους ανθρώπους να τη φοβούνται, θεωρώντας την ως εργαλείο καταπίεσης ή βασανισμού. Όλα αυτά μπορεί να έχουν κάποια δόση αλήθειας εξ αιτίας των υπερβολών στη χρήση της και της έλλειψης κατάλληλης τεχνολογίας στα πρώτα χρόνια της εφαρμογής της. Σήμερα όμως αυτές οι τρομακτικές εικόνες δεν έχουν καμία σχέση με την πραγματικότητα. Παρά την εκτεταμένη εσφαλμένη κριτική, η ηλεκτροσπάσμοθεραπεία (Η.Σ.Θ.) παραμένει ένα ισχυρό μέσο για τη θεραπεία της κατάθλιψης (που δεν ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή) και όχι μόνο. Φαίνεται πως έχει παρόμοια, αλλά ταχύτερη και πιο ισχυρή δράση από τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Η Η.Σ.Θ. διεγείρει προοδευτικά τη λειτουργία των νευραμινών, ξεκινώντας από την ντοπαμίνη (DA), στη συνέχεια τη νορεπινεφρίνη (NE) και τέλος τη σεροτονίνη (5HT). Η απάντηση είναι μεγαλύτερη σε ηλικιωμένους ασθενείς με κατάθλιψη (ιδίως σε εκείνους που παρουσιάζουν ψυχωσικά ή μελαγχολικά συμπτώματα) συγκριτικά με τους ασθενείς μέσης ηλικίας. Gender and society. (2008). <http://psycosynthesis.blogpot.gr/2008/05/08/blogpost-8403.html> (24/9/2012).

ΠΩΣ ΓΙΝΕΤΑΙ Η ΗΣΘ;

Πριν από την πρώτη θεραπεία ECT, ο ασθενής θα υποβληθεί σε εξέταση για να διασφαλιστεί ότι είναι σε καλή σωματική κατάσταση ώστε να δεχτεί σύντομα το γενικό αναισθητικό και την ECT. Στη συνέχεια, ο ασθενής θα περιμένει σε αίθουσα αναμονής πριν μεταφερθεί στον χώρο θεραπείας όπου το νοσηλευτικό προσωπικό θα τον τοποθετήσει πάνω σ' ένα κυλιόμενο φορείο και θα του συμπληρώσει πάνω του τα ακόλουθα:

- πιεσόμετρο στο βραχίονα ή στο πόδι ή και στα δυο.
- μια μικρή συσκευή πάνω σε ένα από τα δάχτυλά για την παρακολούθηση των

παλμών και για την μέτρηση των επιπέδων οξυγόνου στο αίμα.

- μικρά αυτοκόλλητα ηλεκτρόδια στο μέτωπό και πίσω από τα αυτιά για την καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου κατά τη διάρκεια της θεραπείας
- μια μάσκα προσώπου που σκεπάζει τη μύτη και τοστόμα για να δίνει οξυγόνο. Αυτά γίνονται για να ετοιμαστεί το σώμα και ο εγκέφαλος για την επιπλέον δραστηριότητα που συμβεί για λίγη ώρα με τη θεραπεία.
- Μπορεί να χρησιμοποιηθεί περισσότερος εξοπλισμός αν υπάρχουν επιπρόσθετοι παράγοντες κινδύνου που θα είναι γνωστοί από το ιατρικό ιστορικό, τις εξετάσεις και τα τεστ. Gender and society. (n.d.). <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/patientrights/downloads/greek/ect.pdf> (25/9/2012).

Πριν από την θεραπεία με ΗΣΘ ο γιατρός του αναισθησιολογικού τμήματος θα χορηγήσει γενικό αναισθητικό φάρμακο βραχείας διάρκειας και μυοχαλαρωτικό φάρμακο ώστε ο ασθενής να κοιμάται για να μην αισθανθεί και να μην θυμάται την θεραπεία αλλά και να προληφθούν οι σπασμοί. Το αναισθητικό φάρμακο θα χορηγηθεί με ένεση σε φλέβα για άμεση και καλή δράση. Gender and society. (n.d.). <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/patientrights/downloads/greek/ect.pdf> (25/9/2012).

<http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/patientrights/downloads/greek/ect.pdf> (25/9/2012).

Η θεραπεία συνίσταται στη χορήγηση ηλεκτρικών ώσεων στον εγκέφαλο μέσω εμφυτευμένων ηλεκτροδίων. Καρανίκας, (2010). <http://www.ekaranikas.gr/tag/ηλεκτροσπασμοθεραπεία/> (25/9/2012). Στη συνέχεια, τοποθετούνται ηλεκτρόδια από το γιατρό της ψυχιατρικής κλινικής στο κεφάλι του ασθενούς και προκαλούνται σπασμοί με διοχέτευση ασθενούς ηλεκτρικού ρεύματος και στις δύο κροταφικές περιοχές ή στη δεξιά κροταφική περιοχή και την κορυφή του κεφαλιού. Ένα πολύ μικρό μέρος του ρεύματος από την ηλεκτροσπασμοθεραπεία φθάνει στον εγκέφαλο. Μενεδιάτου, Α.(n.d.). <http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/Ηλεκτροσπασμοθεραπεία-και-άλλες-θεραπείες>. (24/9/2012). Αν και ο ακριβής μηχανισμός δεν είναι γνωστός πιστεύεται ότι το ηλεκτρικό ρεύμα μεταβάλλει το ηλεκτροχημικό περιβάλλον στο εγκέφαλο με αποτέλεσμα να βελτιωθεί η κατάθλιψη. Καρανίκας, (2010). <http://www.ekaranikas.gr/tag/ηλεκτροσπασμοθεραπεία/> (25/9/2012). Το ρεύμα ενεργοποιεί τα νευρικά κύτταρα και εάν ενεργοποιηθούν επαρκώς, προκαλείται

επιληπτική κρίση. Η επιληπτική κρίση είναι μια ρυθμική, ηλεκτρική δραστηριότητα στα νευρικά κύτταρα που διαρκεί από 25 έως 60 δευτερόλεπτα. Δεδομένου ότι οι μύες είναι σε χαλάρωση, συχνά τα ορατά σημάδια των σπασμών περιορίζονται σε ελαφρές κινήσεις των χεριών και των ποδιών. Οι ασθενείς, κατά την διάρκεια της θεραπείας, βρίσκονται υπό την επίβλεψη ειδικών. Μέσα σε μερικά λεπτά μετά τη θεραπεία, το αναισθητικό θα έχει εξαλειφθεί και ο ασθενής θα ξυπνήσει, δεν θυμάται τίποτα από την θεραπεία και συχνά αισθάνεται ζάλη και σύγχυση που διαρκούν λίγο. Μενεδιάτου, (n.d.).

<http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/Ηλεκτροσπασμοθεραπεία-και-άλλες-θεραπείες>,

(24/9/2012). Κατά την περίοδο αυτή θα μεταφερθεί στο δωμάτιο ανάρρωσης όπου θα λάβει φροντίδα μέχρι που να ξυπνήσει αρκετά ώστε να επιστρέψει στο θάλαμό του. Gender and society. (n.d.). <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/patientrights/downloads/greek/ect.pdf> (25/9/2012). Συνήθως η ΗΣΘ εφαρμόζεται τρεις φορές την εβδομάδα για ένα διάστημα από δύο έως τέσσερις εβδομάδες και πραγματοποιείται πάντα σε νοσοκομείο, συχνά στην ψυχιατρική κλινική. Μπορεί όμως, ο ψυχικά ασθενής να λάβει τη θεραπεία ως εξωτερικός ασθενής και να πάει σπίτι την ίδια ημέρα. Στις περισσότερες περιπτώσεις όμως, ο ασθενής θα εισαχθεί στην ψυχιατρική κλινική για μια ημέρα.. Μενεδιάτου, (n.d.).

<http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/Ηλεκτροσπασμοθεραπεία-και-άλλες-θεραπείες>,

(24/9/2012).

ΠΟΤΕ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΙΤΕ Η ECT;

Η ECT έχει μεγάλη επιτυχία στη θεραπεία της μονοπολικής και διπολικής κατάθλιψης. Όμως λόγω της ευκολίας που προσφέρουν τα φάρμακα και του στίγματος που συνοδεύει την εφαρμογή της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (κατά κόσμο ηλεκτροσόκ) η ECT εφαρμόζεται όταν έχουν εξαντληθεί όλα τα προηγούμενα θεραπευτικά μέσα. Καρανίκας, (2010).

<http://www.ekaranikas.gr/tag/ηλεκτροσπασμοθεραπεία/> (25/9/2012). Η θεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί όταν τα φάρμακα δεν επιδρούν. Επίσης μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε άτομα που έχουν σοβαρές φαρμακολογικές παρενέργειες ή η ιατρική κατάσταση τους σημαίνει ότι δεν μπορούν να παίρνουν φάρμακα με ασφαλή τρόπο. Η ECT χρησιμοποιείται επίσης σε περιπτώσεις που απειλείται η ζωή του ατόμου όταν τα φάρμακα δεν λειτουργούν αρκετά γρήγορα. Είναι ιδιαίτερος ωφέλιμη θεραπεία για όσα άτομα πάσχουν από πολύ σοβαρή

κατάθλιψη και όσα άτομα ίσως θέλουν να αυτοκτονήσουν. Η απόφαση για τη χορήγηση της ECT στηρίζεται σε μια διεξοδική σωματική και ψυχιατρική αξιολόγηση του ατόμου, που λαμβάνει υπόψη το είδος της ασθένειας, το βαθμό ταλαιπωρίας, το αναμενόμενο αποτέλεσμα και τα προγνωστικά του ατόμου αν δεν χορηγηθεί η θεραπεία. Όταν είναι υψηλός ο κίνδυνος αυτοκτονίας ή όταν το σοβαρά άρρωστο άτομο δεν μπορεί να φάει ή να πιει, η ECT μπορεί να διασώσει τη ζωή του. Gender and society. (n.d). <http://www.psynet.gr/index.php?option=com-content&viewarticle&id=111:c&catid=47-8&idmid=35> (24/9/2012).

Συνοπτικά οι κυριότερες ενδείξεις της Η.Σ.Θ. στην κατάθλιψη, σύμφωνα με τον American Psychiatric Association, είναι οι ακόλουθες:

- Σε περίπτωση που υπάρχει ανάγκη άμεσης ανταπόκρισης στην θεραπεία, όπως στην εγκυμοσύνη
- Όταν ο ασθενής αρνείται την πρόσληψη τροφής και αυτό οδηγεί σε ένδεια θρεπτικών στοιχείων
- Όταν η κατάθλιψη δεν ανταποκρίνεται στην φαρμακοθεραπεία
- Όταν άλλες παθήσεις καθιστούν αδύνατη την χορήγηση αντικαταθλιπτικών
- Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε κατατονία
- Όταν η κατάθλιψη συνοδεύεται από ψυχωσικά συμπτώματα
- Στην θεραπεία της διπολικής διαταραχής
- Στην θεραπεία της μανίας
- Στην θεραπεία ασθενών με υψηλό κίνδυνο αυτοκτονίας
- Σε ασθενείς που έχουν ανταποκριθεί καλά στο παρελθόν στην θεραπεία με ECT
- Σε ασθενείς με άτυπη ψύχωση
- Σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη
- Σε ασθενείς με σχιζοφρένεια Μενεδιάτου, (n.d.).

<http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/Ηλεκτροσπασμοθεραπεία-και-άλλες-θεραπείες>, (24/9/2012).

ΑΝΤΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΕΦΑΡΜΟΓΗΣ ECT:

- Δυσθυμία, νευρωτική κατάθλιψη, διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση, χρόνια σχιζοφρένεια.
- Ψύχωση ή βαριά κατάθλιψη, όταν συμβαίνει στο 1^ο τρίμηνο της εγκυμοσύνης ή όταν συνυπάρχει εγκεφαλικό νόσημα, καρδιακή ανεπάρκεια λόγω μεγάλων ανευρισμάτων ή πρόσφατο έμφραγμα του μυοκαρδίου και σε αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση (Ραγιά, 2009).

ΕΙΝΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΗ;

Παρά τις φήμες, η ΗΣΘ είναι μια αποτελεσματική, γρήγορη και ήπια θεραπεία της κατάθλιψης. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία μπορεί να ακούγεται σαν μια παλαιομοδίτικη και επικίνδυνη θεραπεία αλλά η αλήθεια είναι ότι η ΗΣΘ είναι μια θεραπεία διάσωσης. Η ΗΣΘ είναι η ταχύτερη και πιο αποτελεσματική θεραπεία της κατάθλιψης. Μπορεί να χρησιμοποιηθεί τόσο στους ηλικιωμένους όσο και σε άτομα που πάσχουν από καρδιοπάθεια ή είναι ευαίσθητα. Gender and society. (2011). <http://www.depnet.gr/universe1/treatment/ect/> (24/9/2012). Η ΗΣΘ είναι η ταχύτερη και πιο αποτελεσματική θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης. Από δοκιμές των αποτελεσμάτων της ΗΣΘ, φαίνεται ότι ποσοστό μεταξύ 70 και 90% των ασθενών γίνονται καλά (αναφορικά προς το συγκεκριμένο καταθλιπτικό επεισόδιο). Τα αντίστοιχα ποσοστά για ασθενείς που λαμβάνουν φαρμακοθεραπεία κυμαίνονται μεταξύ 50 και 70%. Η επίδραση της ΗΣΘ γίνεται αντιληπτή μετά από μια με δύο εβδομάδες, ενώ το αποτέλεσμα της φαρμακευτικής θεραπείας γίνεται αντιληπτό μετά από δύο με τέσσερις εβδομάδες. Ποσοστό περίπου 50% εκείνων που εμφάνισαν βελτίωση μετά από ΗΣΘ, δυστυχώς, υποτροπιάζουν μέσα σε 6 μήνες. Εάν χρησιμοποιήσουμε τόσο ΗΣΘ όσο και προληπτικά αντικαταθλιπτικά, η συχνότητα υποτροπής μειώνεται. Συνεπώς, η ΗΣΘ δεν είναι μόνιμα θεραπευτική και πρέπει να συνοδεύεται πάντα από προληπτική θεραπεία και παρακολούθηση. Μενεδιάτου, (n.d.). <http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/> Ηλεκτροσπασμοθεραπεία - και-άλλες-θεραπείες (24/9/2012).

ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ.

Η Η.Σ.Θ. είναι ασφαλής διαδικασία. Στη σημερινή εποχή, τα ποσοστά νοσηρότητας και θνητότητας είναι ιδιαίτερα χαμηλά, προσεγγίζοντας τους κινδύνους από τη γενική αναισθησία. Εκτός από την αυξημένη ενδοκρανιακή πίεση, δεν υπάρχουν απόλυτες αντενδείξεις. Προσοχή απαιτείται σε ασθενείς με καρδιακές αρρυθμίες, βηματοδότη ή ανεύρισμα κοιλιακής αορτής. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι γενικά ήπιες και παροδικές. Η ναυτία, η κεφαλαλγία και οι μυαλγίες που τυχόν εμφανιστούν αντιμετωπίζονται εύκολα με αντιεμετικά και αναλγητικά. Δεν υπάρχουν αξιόπιστες ενδείξεις ότι η Η.Σ.Θ. προκαλεί οποιαδήποτε δομική βλάβη του εγκεφάλου. Αντίθετα, σε μελέτες σε ζώα, έχει αποδειχθεί ότι η ΗΣΘ προάγει τη νευρογένεση. Gender and society. (2008). [http:// psycosynthesis.blogpot.gr/2008/05/08/blogpost-8403.html](http://psycosynthesis.blogpot.gr/2008/05/08/blogpost-8403.html) (24/9/2012). Τέλος έχει παρατηρηθεί σε περιορισμένο αριθμό ατόμων ότι μετά την θεραπεία κάποιοι ασθενής εμφανίζουν μειωμένη βραχυπρόθεσμη μνήμη και σύγχυση. Κάποιοι δεν εμφανίζουν καθόλου ανεπιθύμητες ενέργειες αλλά κάποιοι άλλοι μπορεί να έχουν δυσκολία στην ενθύμηση περιστατικών που συνέβησαν λίγο πριν και λίγο μετά την ΗΣΘ. Για τους περισσότερους, η λειτουργία της μνήμης επανέρχεται και πάλι στο φυσιολογικό μετά από μερικές εβδομάδες. Ελάχιστοι μπορεί να έχουν προβλήματα για λίγους μήνες αλλά δεν υπάρχει επιστημονική βάση για μόνιμα προβλήματα μνήμης. Πολύ ελάχιστοι έχουν εμφανίσει μόνιμα προβλήματα μνήμης. Το αν, όμως, προκλήθηκαν από την ΗΣΘ είναι αβέβαιο. Η σύγχυση αυτή είναι βραχυπρόθεσμη και εντελώς προσωρινή. Εξαφανίζεται τυπικά μέσα σε λίγες ώρες. Gender and society. (2011). <http://www.depnet.gr/universe1/treatment/ect/> (24/9/2012).

ΥΠΟΤΡΟΠΙΑΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.

Ακόμα και αν η ΗΣΘ ή οι άλλες εναλλακτικές θεραπείες αποδειχθούν επιτυχείς η κατάθλιψη ενδέχεται να επιστρέψει. Μενεδιάτου, Α. (n.d.). <http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/> Ηλεκτροσπασμοθεραπεία - και-άλλες-θεραπείες (24/9/2012). Ενώ η ασθένεια μπορεί να θεραπευτεί με μια σειρά ΗΣΘ, μπορεί όμως να επανέλθει μόλις τελειώσει η σειρά της θεραπείας. Για να μην συμβεί αυτό, ο γιατρός θα συζητήσει με τον ασθενή, για οποιαδήποτε περαιτέρω θεραπεία που μπορεί να χρειαστεί μετά το τέλος της σειράς των ΗΣΘ, όπως

φάρμακα, διατήρηση της ΗΣΘ, ψυχοθεραπεία. Gender and society. (n.d.). <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/patientrights/downloads/greek/ect.pdf> (25/9/2012).

Η ψυχοθεραπεία και η συντήρηση με αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να αποτρέψουν την υποτροπή και την επιστροφή των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Με την ψυχοθεραπεία διορθώνονται οι πεποιθήσεις, αντιλήψεις, και συμπεριφορές που συμβάλλουν στην κατάθλιψη. Συνεπώς, η ΗΣΘ δεν είναι μόνιμα θεραπευτική και πρέπει να συνοδεύεται πάντα από προληπτική θεραπεία και παρακολούθηση. Αν σε περίπτωση επιστρέψουν τα συμπτώματα, ο ασθενής δεν θα πρέπει να διστάσει να ζητήσει και πάλι την βοήθεια του ειδικού. Μενεδιάτου, (n.d.). <http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/> Ηλεκτροσπασμοθεραπεία - και-άλλες-θεραπείες (24/9/2012).

4.7 ΑΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Εκτός από τις παραπάνω θεραπείες που αναφέρθηκαν για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης, υπάρχουν και άλλες εναλλακτικές θεραπείες που μπορούν να ανακουφίσουν περισσότερο από την φαρμακευτική αγωγή. Ήδη, πολλές εναλλακτικές θεραπείες έχουν γίνει αποδεκτές και αποτελούν μέρος της σύγχρονης ιατρικής πρακτικής, ενώ άλλες δεν έχουν αποδείξει τόσο την ασφάλεια όσο και την αποτελεσματικότητά τους. Αυτές οι εναλλακτικές θεραπείες που παρέχουν κάποιες μορφές χαλάρωσης και ανακούφισης από το στρες, μπορεί να έχουν θέση στη θεραπεία, την προαγωγή της γενικής υγείας και της καλής διάθεσης του ασθενή.

Μενεδιάτου, Α. (n.d.). <http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/> Ηλεκτροσπασμοθεραπεία - και άλλες-θεραπείες (24/9/2012). Οι εναλλακτικές θεραπείες που θα μπορούσα να χρησιμοποιηθούν για την περαιτέρω αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι οι ακόλουθες :

ΦΩΤΟΘΕΡΑΠΕΙΑ : αυτή η μορφή θεραπείας συνήθως εφαρμόζεται στις καταθλίψεις που έχουν εποχιακή κατανομή και συμβαίνουν κατά το τέλος του φθινοπώρου και στην αρχή του χειμώνα. Είναι η λεγόμενη εποχιακή κατάθλιψη. Είναι γνωστό εδώ και πολλά χρόνια ότι η μειωμένη έκθεση στο φως, αποτελεί σημαντικό παράγοντα για την εμφάνιση ενός συγκεκριμένου τύπου κατάθλιψης. Έτσι κάποιοι άνθρωποι νιώθουν κατάθλιψη κατά την διάρκεια του χειμώνα, όπου οι μέρες είναι μικρότερες και το φως λιγότερο. Επίσης είναι γνωστό ότι το φως παίζει σημαντικό ρόλο στη ρύθμιση της διάθεσης του ατόμου, ειδικά στο βόρειο ημισφαίριο. Η φωτοθεραπεία πραγματοποιείται με μια ειδική λυχνία, η οποία εκπέμπει ισχυρό λευκό, πλήρους φάσματος φως. Η φωτεινή ένταση μιας τέτοιας λυχνίας πρέπει να είναι τουλάχιστον 2500 lux. Ανάλογα με την ένταση της λυχνίας συνήθως ο ασθενής πρέπει να εκτεθεί στο φως για μία έως τρεις ώρες συνήθως τις πρώτες πρωινές ώρες. Δεν υπάρχουν κίνδυνοι σχετικά με τη χρήση τεχνητού φωτός για τη θεραπεία της εποχικής κατάθλιψης. Η φωτοθεραπεία είναι η έκθεση είτε σε φυσικό είτε σε τεχνητό φως, ώστε να ρυθμιστεί η υπόφυση στον εγκέφαλο. Αυτός ο αδένας εκκρίνει τη μελετονίνη, η οποία μπορεί να είναι παράγοντας σταθεροποίησης της διάθεσης και του ύπνου και επηρεάζει και άλλες λειτουργίες (την όρεξη, τη σεξουαλικότητα και την ενεργητικότητα). Gender and society. (2008). <http://psycosynthesis.blogspot.gr/2008/05/08/blogpost-8403.html> (24/9/2012).

ΔΙΑΚΡΑΝΙΑΚΟΣ ΜΑΓΝΗΤΙΚΟΣ ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ (ΔΜΕ) [Transcranial Magnetic

stimulation- TMS]: Ενώ στην περίπτωση της ΗΣΘ χρησιμοποιείται ηλεκτρικό ρεύμα που προκαλεί επιληπτικό σπασμό, με την μέθοδο ΔΜΕ ένα μαγνητικό πεδίο δημιουργεί μικρότερη ποσότητα ρεύματος στοχευόμενα σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου χωρίς ταυτόχρονα να προκαλεί απώλεια της συνείδησης. Η θεραπεία πραγματοποιείται τοποθετώντας έναν ηλεκτρομαγνήτη στο κρανίο πάνω από την κροταφική περιοχή είτε στη δεξιά είτε στην αριστερή πλευρά του κεφαλιού. Ένα παλμικό Αυτό προκαλεί τοπικό ηλεκτρικό ρεύμα στον εγκέφαλο κάτω από το πηνίο, το οποίο ενεργοποιεί τα εγκεφαλικά κύτταρα. Η μέθοδος ΔΜΕ χρησιμοποιείται για τη θεραπεία της μέτριας σε βαρύτητα κατάθλιψης και μάλιστα έχει καλύτερα αποτελέσματα σε ασθενείς των οποίων η κατάσταση δεν είχε βελτιωθεί μετά από περισσότερες από δύο θεραπείες με αντικαταθλιπτικά. Επίσης, σε αντίθεση με την μέθοδο ΗΣΘ, στην μέθοδο ΔΜΕ, ο ασθενής δεν υποβάλλεται σε αναισθησία. Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε TMS πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία τέσσερις ή πέντε φορές σε εβδομαδιαία βάση και για τέσσερις εβδομάδες. Η μέθοδος είναι τόσο νέα που δεν μπορούμε να πούμε τίποτα σίγουρο για την αποτελεσματικότητά της. Μενεδιάτου, Α. (n.d.). <http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/> Ηλεκτροσπασμοθεραπεία - και άλλες-θεραπείες (24/9/2012).

ΕΡΕΘΙΣΜΟΣ ΤΟΥ ΠΝΕΥΜΟΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΝΕΥΡΟΥ (Vagus Nerve stimulation-

VNS): Η διέγερση του πνευμογαστρικού νεύρου είναι μια νέα θεραπεία για την αντιμετώπιση των ασθενών με μακροχρόνια ή υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη. Πρόσφατα πήρε έγκριση από το FDA, (ο ΕΟΦ των ΗΠΑ) αλλά δεν έχει διαπιστωθεί απόλυτα η αποτελεσματικότητά της. Το πνευμογαστρικό νεύρο ξεκινά από τη βάση του εγκεφάλου και καταλήγει μέσω του αυχένα και του θώρακα στο στομάχι. Συμμετέχει στον έλεγχο των μυών που ρυθμίζουν τον καρδιακό ρυθμό και την αναπνοή, το λόγο, τη λειτουργία του εντέρου και μεταφέρει αισθητικές πληροφορίες από την κοιλιά στον εγκέφαλο. Επίσης, αυτό το νεύρο έχει ίνες, οι οποίες επηρεάζουν περιοχές του εγκεφάλου, που συμμετέχουν στη ρύθμιση των συναισθημάτων και της διάθεσης. Η ΔΠΝ χρησιμοποιήθηκε αρχικά για τη θεραπεία της

ανθεκτικής επιληψίας , αλλά μερικοί από αυτούς τους ασθενείς ανέφεραν βελτίωση της κατάθλιψης και έτσι επεκτάθηκε η χρήση της. Μια συσκευή συνδέεται με το πνευμογαστρικό νεύρο στον αυχένα. Μια απλή μπαταρία/γεννήτρια παλμού συνδέεται στο θωρακικό τοίχωμα (όπως ο βηματοδότης). Η αρχική επέμβαση για την τοποθέτηση της συσκευής γίνεται σε επίπεδο εξωτερικού ιατρού και διαρκεί μία με δύο ώρες. Οι μπαταρίες διαρκούν 1 με 3 χρόνια και η αλλαγή τους γίνεται εύκολα. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες είναι σπάνιες και ήπιες, περιλαμβάνουν βράχος φωνής, πονόλαιμο, βήχα, προβλήματα κατάποσης και ναυτία που υποχωρούν με το χρόνο. Gender and society. (2008). [http:// psycosynthesis.blogpot.gr/2008/05/08/blogpost-8403.html](http://psycosynthesis.blogpot.gr/2008/05/08/blogpost-8403.html) (24/9/2012). Οι ασθενείς που υποβάλλονται σε (VNS) πρέπει να υποβάλλονται σε θεραπεία δύο ή τρεις φορές την εβδομάδα για ένα μήνα. Μενεδιάτου, Α. (n.d.). <http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/> Ηλεκτροσπασμοθεραπεία - και-άλλες-θεραπείες (24/9/2012).

Τέλος, μια άλλη θεραπεία είναι η **υπνική αποστέρηση**: είναι αποτελεσματική στην μείζονα κατάθλιψη και όχι στην δυσθυμία.. Πολλές μελέτες έχουν δείξει ότι η αποστέρηση ύπνου μπορεί να έχει θεραπευτικό αποτέλεσμα σε 2/3 των καταθλιπτικών ασθενών. Υπάρχουν διάφορες τεχνικές αυτής της μεθόδου. Οι κυριότερες είναι: ολική υπνική αποστέρηση (στέρηση ύπνου επί 36 ώρες δυο φορές την εβδομάδα), και η μερική αποστέρηση (ο ασθενής κοιμάται νωρίς πχ στις 9μ.μ και ξυπνάει μετά από 4 ώρες, έτσι ώστε, παράλληλα με την υπνιακή αποστέρηση, να υπάρχει και προωμότερη επέλευση του ύπνου, phase advance, που έχει και αυτή θεραπευτική δράση). Χρησιμοποιείται είτε για να συνεπικουρήσει κάποια φαρμακευτική θεραπεία είτε στο αρχικό στάδιο μιας φαρμακευτικής θεραπείας, αφού τα φάρμακα δεν είναι δραστικά στο αρχικό αυτό στάδιο, παρά μόνο μετά από κάποιες εβδομάδες από την έναρξη της χορήγησής τους. Πολυγόπουλος, Ε. (n.d.). <http://www.inspy.gr/Article/sleep-and-sleep-disorders-htm> (25/9/2012).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΠΑΣΧΕΙ ΑΠΟ ΨΥΧΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ.

Ως ενεργό μέλος της ομάδας ψυχικής υγείας ο νοσηλευτής δημιουργεί ευκαιρίες για την ανάπτυξη μιας σχέσης (ομαλής) επικοινωνίας με τον ψυχικά άρρωστο με σκοπό την αντιμετώπιση των ιδιαίτερων φόβων, συμπτωμάτων και διαπροσωπικών προβλημάτων του. Αναγνωρίζει ότι, αν και όλες οι επικοινωνίες του με αρρώστους δεν είναι θεραπευτικές συνεδρίες, κάθε επαφή του με άρρωστο έχει τη δυνατότητα να είναι θεραπευτική για την προώθηση της διαπροσωπικής ανάπτυξης, για αλλαγή συμπεριφοράς ή για ωφέλεια του αρρώστου κατά κάποιο τρόπο. Ο νοσηλευτής διαπιστώνει τις προσαρμοστικές δεξιότητες που χρησιμοποιεί ο άρρωστος, αξιολογεί την αποτελεσματικότητα αυτών των δεξιοτήτων και τον βοηθάει να αναπτύξει νέες προσαρμοστικές δεξιότητες. Η διαπροσωπική σχέση νοσηλευτή-αρρώστου κατευθύνεται από νοσηλευτικούς σκοπούς, είναι πεδίο εφαρμογής νοσηλευτικών αρχών και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας και καλλιεργεί τις διαπροσωπικές δεξιότητες του αρρώστου για υγιή προσαρμογή και προώθηση της ψυχικής του υγείας. Η σχέση αυτή συνήθως πραγματοποιείται σε 3 φάσεις που χαρακτηρίζεται από ειδικούς θεραπευτικούς σκοπούς, θεραπευτικά έργα, σχεδιασμένες ευθύνες του νοσηλευτή και συμπεριφοράς του αρρώστου. Οι φάσεις αυτές είναι:

- 1) Η εναρκτήρια φάση ή φάση του προσανατολισμού που χαρακτηρίζεται από την δημιουργία διαπροσωπικής επαφής του νοσηλευτή με τον άρρωστο και τη νοσηλευτική εκτίμηση των αναγκών του για φροντίδα.
- 2) Η φάση συνεργασίας που χαρακτηρίζεται από την διατήρηση της επικοινωνίας και τη βοήθεια του αρρώστου στην αντιμετώπιση των προβλημάτων του.
- 3) Η τελική ή καταληκτική φάση που χαρακτηρίζεται από τη διακοπή της θεραπευτικής σχέσης νοσηλευτή-αρρώστου.

Η επικοινωνία στη νοσηλευτική θεωρείται νοσηλευτική πράξη και δραστηριότητα εφόσον αποβλέπει στη διατήρηση, προαγωγή, ή αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου, της οικογένειας και γενικά της κοινωνίας. Η επικοινωνία νοσηλεύτριας- νοσηλευτή και αρρώστου είναι σημαντική στην εκπλήρωση οποιασδήποτε νοσηλευτικής παρέμβασης, προληπτικής, ανακουφιστικής, θεραπευτικής ή εκπαιδευτικής. Επίσης η νοσηλευτική

επικοινωνία είναι ένα από τα ισχυρότερα μέσα που χρησιμοποιεί ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας στη φροντίδα των αρρώστων με ψυχικές διαταραχές, γιατί μέσω της επικοινωνίας ενθαρρύνει και κατευθύνει τον άρρωστο να δοκιμάσει τρόπους επικοινωνίας και συμπεριφοράς που ελαττώνουν την ψυχική του ένταση και τις συγκρούσεις του με του άλλους, τον προσαρμόζει σε καταστάσεις, ώστε να τον οδηγήσει στη ψυχολογική του ανάπτυξη και ωρίμανση. Η επικοινωνία γίνεται με διάφορα μέσα: με την ομιλία, τις διακυμάνσεις της φωνής, την παρατήρηση, τη μη λεκτική συμπεριφορά και έκφραση, τη σιωπή, την ακρόαση, το βλέμμα, τους μορφασμούς, τη μουσική, τη γλυπτική, τα έργα τέχνης. Το ανθρώπινο σώμα είναι όργανο ικανό να εκφράζει ιδέες και συναισθήματα. Οι άνθρωποι μιλούν και όταν ακόμη η γλώσσα τους σωπαίνει. Μιλούν με τη διάλεκτο του σώματος, η οποία μπορεί να επαληθεύει ή να διαψεύδει όσα εκφράζονται με τα λόγια. Αυτή είναι η γλώσσα της ευαισθησίας που αποκαλύπτει την αλήθεια σ' όλες τις ανθρώπινες σχέσεις. Κάθε νοσηλευτής-νοσηλεύτρια αναπτύσσει τον δικό του τρόπο επικοινωνίας με τον άρρωστο ανάλογα με το χαρακτήρα του, την προσωπική του καλλιέργεια, και την προσωπικότητά του αρρώστου. Ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια υποχρεούνται να είναι γνώστες μεθόδων και διαδικασιών για την εξασφάλιση της ομαλής επικοινωνίας, γιατί με αυτό τον τρόπο θα μπορέσουν να κερδίσουν την εμπιστοσύνη του ψυχικά αρρώστου, και να δημιουργήσουν μεταξύ τους ένα θετικό διαπροσωπικό κλίμα για επικοινωνία, ώστε να επιτευχθεί η αποκατάστασή και θεραπεία του. Ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια θα πρέπει να επικεντρώσουν το θεραπευτικό τους έργο στην φροντίδα και προστασία του ασθενούς, στο τρόπο νοσηλείας, στην ψυχοθεραπεία, και στην παρατήρηση. Ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια ανεξάρτητα από την φάση που βρίσκεται ο άρρωστος (έξαρση ή ύφεση) οφείλουν να του μεταβιβάζουν ορισμένα στοιχεία προς αυτόν σαν αρχή για τη διατήρηση της σχέσης τους. Αυτά είναι τα εξής:

- Αποδοχή
- Θερμό ενδιαφέρον
- Σεβασμός
- Ετοιμότητα για παροχή βοήθειας

Αποδοχή του αρρώστου σημαίνει ενδιαφέρον γι' αυτόν χωρίς όρους και προϋποθέσεις, ανεξάρτητα από την κατάστασή του, τη συμπεριφορά, τις αρνητικές ή θετικές διαθέσεις του

στη δεδομένη στιγμή. Η αποδοχή δημιουργεί άνετο, έμπιστο, και ασφαλές διαπροσωπικό κλίμα, όπου ο άρρωστος αισθάνεται ελεύθερος να εκφράσει, διερευνήσει, αξιολογήσει και επιβεβαιώσει ιδέες, συναισθήματα, εμπειρίες και ειδικούς τρόπους επικοινωνίας. Δεν φοβάται μήπως κατακριθεί ή αποδοκιμασθεί. Η επεικής αυτή ατμόσφαιρα συμβάλλει στη μείωση ή και διάλυση τυχόν φόβου, άγχους, και αμυντικής στάσης. Επίσης συντελεί στην αναστήλωση της αυτοπεποίθησης του αρρώστου και στην ενθάρρυνση της συνεργασίας για τη λύση των προβλημάτων του.

Θερμό ενδιαφέρον για τον άρρωστο και για τους προσωπικούς τρόπους με τους οποίους βιώνει την αρρώστια του. Εκφράζεται σαν ειλικρινής μέριμνα για το καλό του αρρώστου, σαν καλοσύνη και ανθρώπινη θαλπωρή, σαν αγάπη και ετοιμότητα για εξυπηρέτηση και υποστήριξη. Η αγάπη θεωρείται η βάση της θεραπευτικής επικοινωνίας με τον ψυχικά άρρωστο. Αυξάνει την αγάπη για τον εαυτό του και για τους άλλους, την αυτοπεποίθησή του, την ελπίδα του ότι όταν θα χρειαστεί βοήθεια θα την έχει και την τόλμη του να σχετίζεται με τους άλλους. Το θερμό ενδιαφέρον και η αγάπη του νοσηλευτικού προσωπικού πρέπει να φθάνει στο σημείο να εκδηλώνεται ως μητρική μέριμνα και στοργή όταν ο άρρωστος έχει ανάγκη γι' αυτήν λόγω παλινδρόμησης, αυτισμού, ή κατατονίας.

Σεβασμός προς τον άρρωστο ως μοναδική και αδιαίρετη βιοψυχοκοινωνική οντότητα. Εκδηλώνεται ως λεπτή ευαισθησία έναντι των αδυναμιών και των δυνατοτήτων του αρρώστου. Ο σεβασμός εκφράζει τη βεβαιότητα για την ικανότητα του αρρώστου να αναδιοργανωθεί και να αναπτυχθεί ψυχολογικά. Ο σεβασμός του νοσηλευτή-νοσηλεύτριας μεταβιβάζεται στον άρρωστο με την προσεκτική ακρόαση, την εξήγηση του σκοπού της επικοινωνίας, τη ζήτηση της πληροφορημένης συγκατάθεσής του, τη συνεργασία μαζί του στην επιδίωξη κοινών σκοπών, το κάλεσμα με το όνομά του, τη συνέπεια στη συμφωνημένη ώρα συνάντησής του και την τήρηση των υποσχέσεων νοσηλευτή-νοσηλεύτριας.

Ετοιμότητα για παροχή βοήθειας. Αυτό σημαίνει παρουσία και διάθεση του νοσηλευτή-νοσηλεύτριας να βοηθήσει τον άρρωστο με την θεραπευτική επικοινωνία να προχωρήσει στην ψυχολογική ανάπτυξη και ψυχική υγεία. Ο νοσηλευτής μεταβιβάζει στον άρρωστο το αίσθημα ότι του επιτρέπεται να δοκιμάσει νέους τρόπους συμπεριφοράς και να υιοθετήσει τους πιο αποτελεσματικούς στις συναλλαγές του με τους άλλους. Επίσης τον βεβαιώνει ότι στην προσπάθειά του αυτή θα έχει την νοσηλευτική προστασία και ασφάλεια, όταν ο ίδιος δεν θα μπορεί να ελέγχει τις τάσεις του, για να προλαμβάνεται η αποτυχία και η απογοήτευση.

Εκτός από τα παραπάνω στοιχεία που αναφέρθηκαν, υπάρχουν και άλλα στοιχεία που τονίζουν τη σχέση του νοσηλευτή ψυχικής υγείας με τον ψυχικά άρρωστο. Τα οποία θα αναφερθούν επιγραμματικά, και είναι τα ακόλουθα:

- Εχεμύθεια.
- Αίσθημα ευθύνης, συναίσθηση του χρέους.
- Δεξιότητα διατήρησης θεραπευτικού περιβάλλοντος.
- Ευγένεια, λεπτότητα, αξιοπρέπεια.
- Ικανότητα δημιουργίας θεραπευτικής σχέσης με τον άρρωστο.
- Να διαθέτει χρόνο και να συγκεντρώνει σημαντικές πληροφορίες, για τα συναισθήματα, προβλήματα και ανάγκες του αρρώστου.
- Να παρατηρεί τη μη λεκτική συμβολική συμπεριφορά του αρρώστου.
- Να ακούει μεταξύ των λόγων και πίσω από την αυλαία των λόγων του αρρώστου.
- Να ακούει χωρίς προκατάληψη, κατάκριση, ή καταδικαστικό πνεύμα.
- Κατανόηση, συμπόνια, αντικειμενικότητα.
- Υπομονή, αυτοκυριαρχία, σιωπή.
- Αγάπη, ευαισθησία, φιλικότητα (Ραγιά, 2009).

5.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο, εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών, οι οποίες είναι:

A) Άμεσες ανάγκες σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου πχ πρόληψη αυτοκτονίας

B) Βραχυπρόθεσμες ανάγκες που αφορούν τη νοσηλεία, θεραπεία, και προετοιμασία του αρρώστου να βγει από το νοσοκομείο.

Γ) Μακροπρόθεσμες ανάγκες που αναφέρονται στην εκπαίδευση του αρρώστου και της οικογένειάς του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπισή της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Η νοσηλευτική φροντίδα- παρεμβάσεις, αποβλέπουν στην προαγωγή, διατήρηση, ή αναστήλωση της σωματικής και ψυχικής υγείας, στην πρόληψη υποτροπών και περαιτέρω δυσλειτουργιών, στη φροντίδα του αρρώστου και στην επιτυχία της αποκατάστασης. Γι' αυτό και οι καταθλιπτικοί άρρωστοι αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή-νοσηλεύτρια με μια ολική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση. Η αποτελεσματική φροντίδα που μπορεί να δώσει ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια στον άρρωστο είναι η συμπαράσταση, ενδιαφέρον, σεβασμό, αγάπη, κατανόηση και να του δείξει κατά κάποιον τρόπο ότι συμπάσχει μαζί του στην ασθένειά του. Έτσι του μεταβιβάζει αποδοχή, ενδιαφέρον, και ψυχολογική υποστήριξη. Τον ενθαρρύνει να εξωτερικεύσει τα προβλήματά του, σκέψεις, ανησυχίες, αισθήματά του και τον βεβαιώνει ότι είναι έτοιμος να τον ακούσει και να τον κατανοήσει βαθύτερα και ακριβέστερα, ώστε θα αισθανθεί ελεύθερος να μιλήσει για τα θέματα που τον απασχολούν. Επίσης θα πρέπει να δείξει ενδιαφέρον, κατανόηση και να διαθέσει χρόνο ακόμη και αν δεν παίρνει καμία ανταπόκριση. Στην αντιμετώπιση της μη ανταπόκρισης ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια περιμένει για ένα λογικό χρονικό διάστημα, δεν κρίνει αρνητικά τον άρρωστο, παρατηρεί τη μη λεκτική συμπεριφορά του, προσπαθεί να υπολογίσει το επίπεδο άγχους του και τον ενθαρρύνει με το ύφος του και με τον τρόπο συμπεριφοράς του να μιλήσει. Τέλος ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια θα πρέπει να

δημιουργήσουν ένα ασφαλές περιβάλλον με την αποφυγή λογομαχιών, αντιπαραθέσεων, εκνευρισμού ή γελοιοποίησης του αρρώστου (Ραγιά, 2009).

5.3 ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Συχνά λέγεται ότι η πρόληψη είναι προτιμότερη από την θεραπεία και ασφαλώς η αντίληψη αυτή είναι συμβατή με την κοινή λογική. Θα μπορούσε μάλιστα να λεχθεί ότι οι έννοιες πρόληψη και θεραπεία είναι αντίθετες και ίσως αμοιβαίως αποκλειόμενες, δεδομένου ότι, όταν η πρόληψη είναι επιτυχής εξαλείφεται και η ανάγκη για θεραπεία. Ωστόσο, με την ευρύτερη έννοια της, η πρόληψη εμπεριέχει την θεραπεία αφού η δεύτερη αποτελεί μέρος της δευτεροβάθμιας πρόληψης. Η πρόληψη διακρίνεται σε:

A) Πρωτοβάθμια πρόληψη, έχει ως στόχο την παρεμπόδιση της εκδήλωσης της κατάθλιψης, με την καταπολέμηση των πρωταρχικών παραγόντων κινδύνου και αποβλέπει στον περιορισμό της επίπτωσης.

B) Δευτεροβάθμια πρόληψη, έχει ως στόχο την πρόιμη επισήμανση, και την έγκαιρη αντιμετώπιση της κατάθλιψης, ώστε να μειωθεί η διάρκεια της νόσησης. Αποβλέπει επομένως στον περιορισμό της επικράτησης ή του επιπολασμού.

Γ) Τριτοβάθμια πρόληψη, έχει ως στόχο τη μείωση της επικράτησης των φαινομένων έκπτωσης και αποδιοργάνωσης που συνοδεύουν μια ήδη εγκαταστημένη συναισθηματική διαταραχή-κατάθλιψη. Gender and society.(n.d.).<http://www.katatlipsi.gr/sxedio.pdf> (27/9/2012).

Είναι δύσκολο να εφαρμοστεί μια επαρκής πρωτογενή πρόληψη, καθώς η αποφυγή των ψυχοπιεστικών συνθηκών δεν είναι πάντοτε εφικτή. Ωστόσο, η διατήρηση μιας καλής σωματικής κατάστασης, με αποφυγή καταχρήσεων και εξαρτήσεων (όπως από αλκοόλ) και η επικοινωνιακή ευχέρεια με υποστηρικτικά συστήματα (όπως η οικογένεια) μπορούν να προσφέρουν. Σε κάθε άλλη περίπτωση, με την αναγνώριση κάποιων συμπτωμάτων, μεγάλη σημασία έχει η έγκαιρη επικοινωνία με τον ειδικό ψυχίατρο. Καθώς στο 50%-60% των περιπτώσεων η νόσος είναι υποτροπιάζουσα, αναγκαία είναι σε κάποιες περιπτώσεις η μακρόχρονη παρακολούθηση του ασθενούς. Πετράς, (2010). <http://kentrostirixis.gr/index.php?option=com-content&view=article&id=115>. (18/9/2012).

Η συνήθης αντιμετώπιση για την ελληνική κοινωνία, που συνίσταται στο: «θα το ξεπεράσω μόνος μου», είτε «πρέπει να το παλέψεις», δεν αποφέρουν κανένα όφελος, καθώς ο ασθενής και η οικογένεια δεν γνωρίζουν συνήθως την φύση της κατάστασης που αντιμετωπίζουν, ενώ αθεράπευτη η νόσος διαρκεί 6-9 μήνες, περισσότερο από 50% υποτροπιάζει, και το 10% των

περιπτώσεων καταλήγει στην χρονιότητα. Η έγκαιρη παρέμβαση, υπό την καθοδήγηση του ειδικού, περιορίζουν την διάρκεια σε λίγες εβδομάδες και ελέγχει αποτελεσματικά την μακρόχρονη πορεία της διαταραχής. Η πρόληψη για να είναι αποτελεσματική θα πρέπει να έχει στόχο τα άτομα νέας ηλικίας. Κοκκώλης, (2004).<http://www.iatronet.gr/article.asp?art-id=55>. (13/9/2012).

Η πρόληψη μπορεί να επιτευχθεί με τους εξής τρόπους:

1) Διατροφή: Η διατροφή παίζει σημαντικό ρόλο στην πρόληψη και στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης, επισημαίνουν οι επιστήμονες και προτείνουν να εντάξουμε στο διαιτολόγιό μας τροφές πλούσιες σε υδατάνθρακες, ω3 λιπαρά και βιταμίνες για να ανεβάσουμε τη διάθεσή μας. Σύμφωνα με τους επιστήμονες υπάρχουν συγκεκριμένες τροφές, που βελτιώνουν την ψυχική μας υγεία. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι υδατάνθρακες, που προάγουν τη σύνθεση σεροτονίνης, ορμόνης που συνδέεται με την καλή διάθεση. Δεν είναι τυχαίο ότι η δράση αρκετών αντικαταθλιπτικών φαρμάκων βασίζεται στην παραγωγή σεροτονίνης. Οι επεξεργασμένοι υδατάνθρακες, όπως είναι η ζάχαρη, προσφέρουν άμεση αλλά προσωρινή ανακούφιση γιατί απορροφώνται γρήγορα από τον οργανισμό αλλά με την έκκριση ινσουλίνης γρήγορα απομακρύνονται. Προτιμήστε τους σύνθετους υδατάνθρακες, όπως τα φρούτα και τα λαχανικά, τα δημητριακά ολικής άλεσης και το μαύρο ψωμί, που απορροφώνται πιο αργά αλλά προσφέρουν ευεξία για μεγαλύτερο διάστημα αφού παραμένουν για περισσότερο χρόνο στην κυκλοφορία. Gender and society. (2009).

<http://www.otherside.gr/2009/05/katathlipsi-kai-diatrofi-pws-syndeontai.htm> (20/9/2012).

Αντικαταθλιπτική δράση αποδίδεται και στα ω 3 λιπαρά οξέα. Σχετική έρευνα έδειξε ότι η χορήγηση ω 3 λιπαρών με τη μορφή συμπληρωμάτων ιχθυελαίων σε ασθενείς με κατάθλιψη μπορεί να μειώσει τη συχνότητα και την ένταση των καταθλιπτικών επεισοδίων. Ω 3 λιπαρά περιέχουν εκτός από τα ψάρια, τα σαλιγκάρια, τα καρύδια, το σογιέλαιο και το φυσιτικό έλαιο. Σύμφωνα με μελέτες η χαμηλή πρόσληψη των βιταμινών B6 και B12 αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης. Θα πρέπει λοιπόν να βελτιώσουν τη διάθεσή, καταναλώνοντας συχνά τροφές πλούσιες σε βιταμίνη B6, όπως το σπανάκι, τα αυγά, τα δημητριακά και τα όσπρια και σε βιταμίνη B12 όπως το κρέας, τα πουλερικά και τα γαλακτοκομικά. Ξένος, Κ. (2007).
<http://www.iatronet.gr/article.asp?art-id=1163> (23/9/2012).

2) Ομαδική ψυχοθεραπεία: φροντίζει και ενδυναμώνει την ψυχική υγεία του ατόμου.

Επικεντρώνεται στην καλλιέργεια της ικανότητας προσαρμογής, της αυτοσυνειδησίας, αυτοκατανόησης, και στην αλλαγή της συμπεριφοράς μέχρι την αναδόμηση της προσωπικότητας. Gender and society. (n.d.).<http://kesmeth.com/υπηρεσίες/ομάδα-προσωπικής-ανάπτυξης/> (30/9/2012).

3) Γιόγκα, διαλογισμό και άσκηση: Η καθημερινή άσκηση για 30 λεπτά όχι μόνο προφυλάσσει από τις ψυχικές μεταπτώσεις αλλά δρα και θεραπευτικά. Gender and society. (n.d.). <http://www.emedi.gr/1511/prolhps-h-katathlipshs.htm> (22/9/2012).

4) Φαρμακευτική αγωγή: Η χορήγηση αντικαταθλιπτικών εκτός από θεραπευτική δράση έχει και προληπτική.

5) Επικοινωνία: Η σωστή επικοινωνία μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα, την πρόληψη ενός σοβαρού καταθλιπτικού επεισοδίου. Η παρατηρητικότητα του νοσηλευτή- νοσηλεύτριας είναι αυτή που θα μας δώσει τα πρώτα στοιχεία σχετικά με την αλλαγή της διάθεσης του αρρώστου.

6) Τέλος, μέσω προγραμμάτων: Υπάρχουν προγράμματα με κύριο στόχο την πρόληψη της κατάθλιψης. Οι πρόσφατες ανασκοπήσεις σχετικά με την πρόληψη των ψυχικών διαταραχών είναι αισιόδοξες για το γενικό ζήτημα της πρόληψης, αν και εμφανίζονται κάπως επιφυλακτικές ως προς τα προγράμματα πρόληψης της κατάθλιψης. Προγράμματα πρόληψης (που έχουν ονομαστεί γενικά προγράμματα) μπορούν να έχουν εφαρμογή σε ολόκληρο τον πληθυσμό ή να κατευθύνεται προς τα άτομα με αναγνωρισμένους παράγοντες κινδύνου ή πρώιμα συμπτώματα. Andrews, G. (2002). <http://www.inspy.gr/articles/preventionofdepression.htm> (26/8/2012).

5.4 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΣΥΜΠΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.

Το αίσθημα της απελπισίας, της αθλιότητας και της απογοήτευσης, που έχουν οι καταθλιπτικοί ασθενείς εύκολα αναγνωρίζεται από τον νοσηλευτή- νοσηλεύτριες. Η έκφραση του προσώπου, η στάση του σώματος, η σιωπή, η πολυλογία, οι χειρονομίες, όλα αυτά εκφράζουν την θλίψη του ασθενή, και την ψυχολογική του αστάθεια. Μπορεί να εκφράσει με λέξεις και πράξεις συναισθήματα αναξιότητας και ενοχής, και να επιδιώξει να επιβάλλει την αυτοτιμωρία του. Δεν έχουν όμως όλα τα καταθλιπτικά άτομα την ικανότητα της έκφρασης, υπάρχουν άτομα που μπορούν να εξωτερικεύσουν τα συναισθήματά τους, και τις σκέψεις τους, και άλλα άτομα είναι αναίσθητα, απαθή, άψυχα. (Ραγιά, 2009). Ο νοσηλευτής- νοσηλεύτρια στα άτομα που μπορούν να εκδηλώσουν τις σκέψεις τους, μπορεί εύκολα να διαπιστώσει τις πραγματικές προθέσεις του (αυτοκτονία, αυτοκαταστροφή) αλλά και να εκτιμήσει αν τα αποτελέσματα της θεραπείας έχουν επιδράσει θετικά ή αρνητικά στον ψυχικά άρρωστο. Στα άτομα που είναι απαθή, δύσκολα μπορούν να καταλάβουν την ψυχολογία, αλλά και δύσκολα μπορούν να του προσφέρουν συναισθηματική και προσωπική φροντίδα. Παρόλα αυτά, ο νοσηλευτής- νοσηλεύτρια και στις δύο περιπτώσεις αυτών των ασθενών θα πρέπει να διαθέσει χρόνο, κατανόηση, υπομονή, σεβασμό, υποστήριξη, να τους παρέχει μια ποιοτική φροντίδα που θα έχει ως στόχο την γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία του ψυχικά αρρώστου.

5.4.1 ΧΑΜΗΛΗ ΑΥΤΟΕΚΤΙΜΗΣΗ

Οι καταθλιπτικοί ασθενείς συχνά εκφράζουν συναισθήματα και σκέψεις αναξιότητας και ενοχής για τρέχουσες αποτυχίες ή για λάθη του παρελθόντος. 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 απόδοσή τους στις καθημερινές υποχρεώσεις. Ενοχή, αναξιότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, όταν φθάσουν στο σημείο να είναι σε σταθερή και ακλόνητη διάσταση με την πραγματικότητα, αποτελούν πια παραληρητικές ιδέες (Ραγιά, 2009).

Ο νοσηλευτής- νοσηλεύτρια παρεμβαίνουν ως εξής:

- 1) Βοήθεια του αρρώστου να μετακινηθεί από αρνητικό, λανθασμένο και εξωπραγματικό σε ρεαλιστικό θετικό σύστημα θεώρησης του εαυτού του, της ζωής του και του κόσμου. Έτσι θα μειωθούν τα αισθήματα αναξιότητας και αδυναμίας και θα αυξηθούν ο αυτοέλεγχος και η αυτοεκτίμησή του (γνωστική θεραπεία).
- 2) Ενίσχυση του αρρώστου στη διατύπωση κατορθωτών στόχων για τη ζωή του, διότι οι κατορθωτοί στόχοι είναι πιο πιθανό να εκπληρωθούν και να φέρουν ταχύτερες ικανοποιητικές αμοιβές.
- 3) Βεβαίωση του αρρώστου ότι υπάρχει ελπίδα να αναρρώσει από την κατάθλιψη και τον αυτοκτονικό ιδεασμό και ότι οι νοσηλευτές θα τον συντροφεύσουν και θα τον βοηθήσουν στην πορεία αυτή.
- 4) Έπαινος του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτοαξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεσή του.
- 5) Παρότρυνση να συμμετέχει σε ομάδες ή δραστηριότητες, βαθμιαία ενσωμάτωση σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους. Έτσι η προσοχή του αποσπάται, ώστε να μειωθούν οι έμμονες ιδέες.

- 6) Χορήγηση των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με συνέπεια και υπευθυνότητα, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου.
- 7) Αποφυγή εκδηλώσεων όπως γέλια, αστεία, υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση αυξάνει την αποξένωση και δημιουργεί σκέψεις, ότι ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια τον κοροϊδεύουν, και ότι νιώθουν χαρούμενη με την κατάστασή του.
- 8) Συνέπεια του νοσηλευτή σε ότι προγραμματίζει σε σχέση με του άρρωστο. Η σταθερότητα και η αξιοπιστία θεμελιώνει την εμπιστοσύνη. Το αντίθετο μπορεί ο άρρωστος να το πάρει προσωπικά και να σκεφτεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής (Ραγιά, 2009).

5.4.2 ΚΙΝΔΥΝΟΣ ΕΠΙΘΕΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΕΝΑΝΤΙΟΝ ΤΟΥ ΕΑΥΤΟΥ ΤΟΥ.

Η πιο σοβαρή και επικίνδυνη επιπλοκή των καταθλιπτικών διαταραχών είναι η αυτοκτονία. Η συχνότητα των ολοκληρωμένων αυτοκτονιών είναι μεγάλη, συνήθως αυτοί που απειλούν ότι θα αυτοκτονήσουν, στη πορεία το πραγματοποιούν. 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 στη 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 στη 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. Ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια οφείλουν να γνωρίζουν ότι ο μεγαλύτερος κίνδυνος αυτοκτονίας υπάρχει σε αυτή την φάση, ώστε να είναι πιο προσεκτικοί (Ραγιά, 2009).

Ο νοσηλευτής- νοσηλεύτρια παρεμβαίνουν ως εξής

- 1) Εξήγηση στον άρρωστο, ότι μεριμνούν για την ασφάλειά του, και θα τον βοηθήσουν να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική φροντίδα και παρέχει αίσθημα προστασίας.
- 2) Παρότρυνση και ενθάρρυνση αρρώστου και οικογένειας, να εκφράσουν τις τυχόν απορίες τους σχετικά με τη νόσο, θεραπευτικό περιβάλλον, φαρμακοθεραπεία. Οι απαντήσεις θα πρέπει να είναι ξεκάθαρες και σαφείς.
- 3) Στενή παρακολούθηση (συνεχής ή κάθε 15' σε περίπτωση μεγάλου κινδύνου). Τοποθέτηση του αρρώστου σε δωμάτιο, όχι μοναχικό, δίπλα στο νοσηλευτικό παρατηρητήριο και συνοδεία σ' όλες τις μετακινήσεις του, αν ενδείκνυται. Έτσι μπορεί να προληφθεί ή διακοπεί η βλαπτική συμπεριφορά. Παρακολούθηση του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους, με προηγούμενη ενημέρωσή του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους.
- 4) Προσοχή να μην χρησιμοποιούνται επικίνδυνα είδη (μαντήλια λαιμού, ζώνες, ξυράφια,

ψαλίδια). Στα πλαίσια ασφάλειας του περιβάλλοντος περιλαμβάνεται και η αφαίρεση αντικειμένων που μπορεί να παρακινήσουν σε σκέψεις και απόπειρες αυτοκτονίας.

5) Έλεγχος όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας με ευγένεια και σεβασμό να μη του φέρει επικίνδυνα είδη. Βέβαια αυτό γίνεται με προηγούμενη πληροφόρηση του αρρώστου ότι είναι ρουτίνα του νοσοκομείου.

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

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

8) Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία πχ ανοικτές πόρτες και παράθυρα, ανοικτές προσβάσεις προς τη σκάλα ή την ταράτσα ή εκτεθειμένες φιάλες με απορρυπαντικά. Η ελαχιστοποίηση των ευκαιριών για αυτοκαταστροφή απαιτεί συνεχή προσοχή και πρόβλεψη ασυνήθιστων ενεργειών του αρρώστου (Ράγια, 2009).

5.4.3 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ.

Το καταθλιπτικό άτομο βιώνει όχι μόνο μια απώλεια της ικανότητας για ευχαρίστηση, αλλά επίσης και μια ελάττωση της κινητοποίησης σε όλες τις εκφράσεις της ζωής. Εργασία, οικογενειακή ζωή, διαπροσωπικές σχέσεις, σπορ, διασκέδαση. Χάνει το ενδιαφέρον του, και νιώθει ότι δεν έχει την ικανότητα-διάθεση να εκτελεί συνηθισμένες ασχολίες. Το άτομο παραμένει κλεισμένο τις περισσότερες ώρες της ημέρας στο δωμάτιό του και το βράδυ, δεν συμμετέχει σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους, ή με το προσωπικό, δεν συμμετέχει σε δραστηριότητες, εκφράζει λεκτικά ότι είναι ανάξιος για το χρόνο των άλλων και για συντροφιά. Τέλος το καταθλιπτικό άτομο είναι έντονα ενασχολημένο με τις καταθλιπτικές του σκέψεις και δυσκολεύεται να προσέξει τι γίνεται γύρω του, παραπονιέται για «έκπτωση της μνήμης» ή για δυσκολία συγκέντρωσης που φαίνεται στη προσπάθειά του να διαβάσει, να δει τηλεόραση, να συζητήσει (Ραγιά, 2009).

Ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια παρεμβαίνουν ως εξής:

- 1) Συχνές και σύντομες συναντήσεις (5'-10') με τον άρρωστο στο διάστημα της ημέρας για επικοινωνία. Οι συχνές και σύντομες επαφές ελαχιστοποιούν το άγχος και για τον άρρωστο και για τον νοσηλευτή.
- 2) Προειδοποίηση του αρρώστου πότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Συνέπεια του νοσηλευτή- νοσηλεύτριας στην ώρα της συνάντησης καθώς και στη παραμονή, έτσι λοιπόν κερδίζουν την εμπιστοσύνη του. Ο άρρωστος αισθάνεται την νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί να την κερδίσει. Όταν ο νοσηλευτής- νοσηλεύτρια δεν έρχονται στην ώρα τους ή δεν παραμένει όση ώρα του έχει υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να σκεφτεί ότι είναι ανάξιος προσοχής.
- 3) Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει αλαλία (βωβότητα), ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια μπορούν να σχολιάσουν κάτι που βλέπουν πχ τα πολλά καινούργια κάδρα στον τοίχο, ή τα καινούργια παπούτσια του αρρώστου. Όταν ο άρρωστος δεν είναι έτοιμος να μιλήσει, αποφεύγονται οι απευθείας ερωτήσεις γιατί ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του, ενώ τα σχόλια για τα

αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή-νοσηλεύτρια τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.

4) Χρήση απλών, συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση. Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο να απαντήσει και προσεκτική ακρόαση.

5) Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση, και ενθάρρυνση να εξωτερικεύει λεκτικά τον θυμό του. Ο θυμός του αρρώστου να μην θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτικού προσωπικού. Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια πρέπει να παραδεχτούν ότι έγινε λάθος, έτσι αποθαρρύνει την εσωτερικευση και τη στροφή του προς το ίδιο το εγώ.

6) Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής πχ φαίνεσθε πιο καλός σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας κτένισμα. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος, πχ μπορεί να ερμηνεύσει τα σχόλια ως εξής: δεν ήμουν κάλος χθες, αν χτενιστώ αλλιώς μπορεί να μην αρέσω στο νοσηλευτή-νοσηλεύτρια. Είναι καλύτερο να πουν φοράτε ένα καινούργιο πουκάμισο σήμερα ή αλλάξατε το χτένισμά σας. Τα ουδέτερα προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

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

8) Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητες του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές (Ραγιά, 2009).

5.4.4 ΚΑΛΥΨΗ ΣΩΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ

Κατά την περίοδο ενός καταθλιπτικού επεισοδίου παρατηρείται στον άρρωστο έντονη αδιαφορία για την σωματική του υγιεινή, διαταραχή του ύπνου, της όρεξης καθώς επίσης έντονη κόπωση και εξάντληση. Ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια καλούνται να αντιμετωπίσουν άμεσα τις παραπάνω ανάγκες, ώστε να εξασφαλιστεί η διατήρηση της υγείας, η πρόληψη νόσησης, και η ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης.

Ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια παρεμβαίνουν ως εξής:

- 1) Παρότρυνση, διδασκαλία, και βοήθεια του αρρώστου να φροντίζει για την ατομική του υγιεινή και την καλή του εμφάνιση, καθημερινό μπάνιο, αλλαγή ενδυμάτων, φροντίδα στόματος και δέρματος για την αποφυγή φλεγμονών.
- 2) Τοποθέτηση αρρώστου σε ήσυχο και σκοτεινό δωμάτιο όπως επίσης και εξάλειψη θορύβων για την εξασφάλιση ομαλού και ξεκούραστου ύπνου. Χορήγηση υπνωτικών μετά από ιατρική εντολή (Ραγιά, 2009).
- 3) Εξασφάλιση του αρρώστου επαρκή και σωστή διατροφή, τροφές πλούσιες σε φυτικές ίνες σε μικρά τακτά χρονικά διαστήματα, για πρόληψη της δυσκοιλιότητας, καθώς επίσης άφθονη λήψη υγρών για πρόληψη της αφυδάτωσης. Ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια πιθανό να χρειαστεί να σιτίσουν τον άρρωστο, ή να τον παρακολουθούν κατά τη διάρκεια. Το ίδιο μπορεί να συμβεί και κατά τη λήψη υγρών. Η συχνότητα και οι ποσότητες των γευμάτων αναγράφονται στην κάρτα νοσηλείας του αρρώστου.
- 4) Οι καταθλιπτικοί ασθενείς είναι επιρρεπείς στο κρύο λόγω της μειωμένης δραστηριότητας. Ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια οφείλουν να το γνωρίζουν, ώστε να προμηθεύουν τον άρρωστο με επιπλέον κουβέρτες ή επιπλέον πουλόβερ.

5.5 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για να ανυψώσουν τη διάθεση και να ανακουφίσουν άλλα συμπτώματα της κατάθλιψης. Δρουν στον εγκέφαλο και προκαλούν αύξηση της συγκέντρωσης νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον οργανισμό. Δεν θεραπεύουν τα υποκείμενα αίτια της κατάθλιψης αλλά καλύπτουν τα συμπτώματα και μειώνουν τις πιθανότητες υποτροπής. Χορηγούνται σε συνδυασμό με ψυχοκοινωνικές θεραπείες. Οι παρενέργειες εμφανίζονται συνήθως από την αρχή της θεραπείας, είναι ήπιες και συνήθως υποχωρούν, αλλά αν δεν είναι ανεκτές, θα πρέπει να επικοινωνήσει με τον γιατρό του. Ο νοσηλευτής-νοσηλεύτρια, πριν χορηγήσουν κάποιο αντικαταθλιπτικό φάρμακο θα πρέπει να γνωρίζουν τις παρενέργειές τους ώστε να μπορούν να επέμβουν την κατάλληλη στιγμή (Ραγιά, 2009).

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις κατά των παρενεργειών είναι οι εξής:

- 1) Ξηροστομία. Αντιμετωπίζεται με άγλυκες καραμέλες, παγάκια, μάσημα τσίχλας, συχνές μικρές λήψεις υγρών και αυστηρή υγιεινή στόματος.
- 2) Θαμπή όραση. Ο ασθενής καθησυχάζεται ότι η παρενέργεια αυτή θα υποχωρήσει σε λίγες εβδομάδες.
- 3) Δυσκοιλιότητα. Λήψη τροφών με άφθονες ίνες. Αύξηση της σωματικής άσκησης και λήψη πολλών υγρών.
- 4) Κατακράτηση ούρων. Διδασκαλία του αρρώστου να μετρά τα προσβαλλόμενα και αποβαλλόμενα υγρά του και να τα αναφέρει στον νοσηλευτή.
- 5) Καταστολή. Ρύθμιση της λήψης των φαρμάκων πριν από την κατάκλιση για ύπνο. Συνεργασία με τον γιατρό για ελάττωση της δοσολογίας ή την αντικατάσταση του φαρμάκου με άλλο ελαφρύτερο. Διδασκαλία του αρρώστου να μην οδηγεί αυτοκίνητο και να μην χειρίζεται επικίνδυνα μηχανήματα ή εργαλεία όταν έχει πάρει ηρεμιστικά φάρμακα.
- 6) Ορθοστατική υπόταση. Ενημέρωση του αρρώστου να σηκώνεται αργά από το κρεβάτι ή

την πολυθρόνα. Συχνή μέτρηση της αρτηριακής πίεσης σε ξαπλωμένη και όρθια στάση για έγκαιρη επισήμανση μεγάλων διαφορών στις τιμές.

7) Αύξηση ευαισθησίας για εμφάνιση επιληπτικών σπασμών. Ιδιαίτερη παρακολούθηση του αρρώστου με ιστορικό εμφράγματος μυοκαρδίου. Ετοιμότητα για νοσηλευτική παρέμβαση σε περίπτωση σπασμών.

8) Ταχυκαρδία, αρρυθμίες. Συστηματική μέτρηση της αρτηριακής πίεσης και των σφύξεων. Συζήτηση τυχόν σημαντικών αλλαγών με τον γιατρό.

9) Υπερτασική κρίση (παρενέργεια των αναστολέων της MAO). Συμβαίνει αν το άτομο που κάνει θεραπεία με AMAO (πχ maplan, nardil, parnate) χρησιμοποιεί τροφές που περιέχουν τυραμίνη. Τέτοιες τροφές είναι τα οινοπνευματώδη ποτά, τυρί, γιαούρτι, μπανάνες, σοκολάτες, αβοκάντο, παστή ρέγγα. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν έντονη κεφαλαλγία, ταχυπαλμία, ναυτία/εμετός, αυχενική δυσκαμψία, αύξηση της Α.Π, στήθαγχικό πόνο, εγκεφαλικό αγγειακό επεισόδιο, ή και κώμα. Η θεραπεία της υπερτασικής κρίσης συνίσταται στη διακοπή του φαρμάκου και χορήγηση αντιυπερτασικού φαρμάκου που δρα άμεσα, κατά την ιατρική οδηγία. Διδασκαλία του αρρώστου ποιες τροφές να αποφεύγει κατά το διάστημα θεραπείας με αναστολείς της MAO (Ραγιά, 2009).

10) Κίνδυνος αυτοκτονίας. Τα καταθλιπτικά άτομα που λαμβάνουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα πρέπει να παρακολουθούνται στενά, ειδικά στην αρχική περίοδο λήψης της φαρμακευτικής αγωγής, για τυχόν επιδείνωση της κατάθλιψης τους ή για αύξηση σκέψεων ή συμπεριφοράς αυτοκτονίας. Ιδιαίτερα, η στενή παρακολούθηση είναι πολύ σημαντική και επιβάλλεται όταν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χορηγούνται για πρώτη φορά ή όταν οι δόσεις των φαρμάκων που χορηγούνται τροποποιούνται. Επίσης δεν θα πρέπει να διατηρούν οι ίδιοι μεγάλες ποσότητες φαρμάκου, αλλά και η λήψη φαρμάκου θα πρέπει να γίνεται υπό την επιβλέψει του νοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος είναι απαραίτητο το νοσηλευτικό προσωπικό να ενημερώνει τον θεράποντα ιατρό αν τα συμπτώματα χειροτερεύουν ενώ λαμβάνουν αντικαταθλιπτικά, συμπεριλαμβανομένης και της αύξησης των σκέψεων και συμπεριφοράς αυτοκτονίας, ώστε να αξιολογούνται άμεσα από ειδικό ψυχίατρο.

Μενεδιάτου, & Κουκλινός, (n.d). <http://www.whatgr.com/an/ta-antikathliptika-farmaka.html> (10/9/2012).

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΡΡΩΣΤΟΥ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.

- 1) Επιβεβαίωση ότι ο ψυχίατρος εξασφάλισε ενυπόγραφη πληροφορημένη συγκατάθεση του αρρώστου για την εφαρμογή της θεραπείας.
- 2) Εξασφάλιση αποτελεσμάτων προσφάτων εργαστηριακών εξετάσεων αίματος και ούρων, ηλεκτροκαρδιογραφήματος και ακτινογραφίας θώρακος.
- 3) Ο άρρωστος πριν την θεραπεία πρέπει να είναι νηστικός, να ουρήσει, να φορέσει νυχτικό ή πιτζάμες ή άλλα χαλαρά ρούχα και να αφαιρέσει τις τυχόν τεχνητές οδοντοστοιχίες, φουρκέτες, γυαλιά, ή φακούς επαφής.
- 4) Λήψη και καταγραφή των ζωτικών σημείων.
- 5) Χορήγηση θεικής ατροπίνης 30' πριν από την θεραπεία κατά την ιατρική οδηγία, για ελάττωση των εκκρίσεων και αύξηση του καρδιακού ρυθμού που καταστέλλεται από τον ερεθισμό του παρασυμπαθητικού τον οποίο προκαλεί η ηλεκτροσπασμοθεραπεία.
- 6) Συνεργασία με τον ψυχίατρο ή και τον αναισθησιολόγο στην ενδοφλέβια χορήγηση αναισθητικού (πχ Brevital), μαζί με ένα μυοχαλαρωτικό (πχ anective). Μερικά πρωτόκολλα προβλέπουν και χορήγηση φαρμάκου που προκαλεί αμνησία, ώστε να μη θυμάται ο άρρωστος την εμπειρία.
- 7) Χορήγηση οξυγόνου και ετοιμότητα για αναρρόφηση βρογχικών εκκρίσεων, αν χρειαστεί.
- 8) Εφαρμογή των ηλεκτροδίων από τον καθορισμένο υπεύθυνο προσωπικό στους κροτάφους του αρρώστου και παροχή ηλεκτρικού ρεύματος 1-130 volts επί 0.1-0.5 δευτερόλεπτο.
- 9) Χρήση αναπνευστήρα αμέσως μετά το ηλεκτρικό ερέθισμα
- 10) Τοποθέτηση αρρώστου σε πλάγια θέση για πρόληψη εισρόφησης, παραμονή δίπλα του μέχρι να ανανήψει και παρακολούθηση των ζωτικών του σημείων κάθε 15' κατά την πρώτη ώρα. Για την αντιμετώπιση της προσωρινής αμνησίας και σύγχυσης που προκαλείται από την θεραπεία, ο νοσηλευτής βρίσκεται δίπλα στον άρρωστο όταν ξυπνά, τον βεβαιώνει ότι η απώλεια μνήμης είναι προσωρινή, του βάζει βραχιόλι ταυτότητας και τον παροτρύνει να χρησιμοποιεί σημειωματάριο και μολύβι, τηλεφωνικό κατάλογο. Τον επαναπροσανατολίζει στον τόπο, χρόνο και πρόσωπα. Τον ενισχύει να εκφράζει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Προγραμματίζει μαζί του τη ρουτίνα της ημέρας για ελαχιστοποίηση της σύγχυσης και τον παρακολουθεί στενά τις επόμενες 48 ώρες. Τέλος ο νοσηλευτής δεν παραλείπει να ενημερώνει την οικογένεια του αρρώστου, ποια συμπεριφορά να περιμένουν μετά την εφαρμογή της θεραπείας και προσπαθεί να ανακουφίσει το άγχος τους (Ραγιά, 2009).

5.6 ΣΚΟΠΟΙ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ.

Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει το καταθλιπτικό άρρωστο στη προσπάθεια να επιτύχει μια ψυχοσωματική και πνευματική ανανέωση. Να ξαναβρεί δηλαδή τη ζωτικότητα του και την αγάπη για τη ζωή, να αισθανθεί ότι έχει προσωπική αξία και ικανότητες και μπορεί να τα βγάλει πέρα στη ζωή. Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις έχουν σαν στόχο να φθάσει ο ψυχικά άρρωστος στο σημείο να:

- Εκφράζει επιθυμία να ζήσει, αιτιολογεί και δεν αναφέρει ιδέες ή σχεδιασμό αυτοκτονίας.
- Εκδηλώνει αισιοδοξία και ελπίδα, χαμογελά ή γελά ανάλογα με τη συζήτηση και την περίσταση.
- Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία.
- Να εκφράζει θετική αυτό-αντίληψη.
- Επισημάνει τα προτερήματά του και τα μειονεκτήματά του.
- Μειώσει τον αριθμό των αρνητικών δηλώσεων για του εαυτό του.
- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό .
- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και με το προσωπικό.
- Συμμετέχει ενεργητικά σε ομαδικές δραστηριότητες.
- Δείχνει άνεση, ικανοποίηση και ευχαρίστηση όταν επικοινωνεί με άλλους (επαφή με το βλέμμα, βελτιωμένο συναίσθημα, νηφάλιες απαντήσεις).
- Εκδηλώνει συνειδητοποίηση ατομικών προβλημάτων που δυσκόλευαν την επικοινωνία του με άλλους.
- Να φροντίζει μόνος του για την διατροφή του και τη σωματική υγιεινή και γενικότερα για την εμφάνισή του.
- Να εξαφανιστούν τα σωματικά ενοχλήματα (πονοκέφαλοι, ναυτία, δυσκολία στην αναπνοή).
- Αύξηση τις κοινωνικές συναλλαγές του με φίλους και με την οικογένεια.
- Να αποκτηθεί εμπιστοσύνη σε κάποια ή έστω σε κάποιο πρόσωπο του νοσηλευτικού προσωπικού
- Να παρακολουθεί ομάδες και γεύματα σύμφωνα με το πρόγραμμα (Ραγιά, 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΤΩΝ ΨΥΧΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.

Η αποκατάσταση των ψυχικών αρρώστων αναλύεται και πραγματοποιείται μέσω της τριτογενούς πρόληψης της νοσηλευτικής διεργασίας. Αυτή περιλαμβάνει προγράμματα ψυχικής, κοινωνικής, και επαγγελματικής αποκατάστασης. Οι στόχοι αυτών των προγραμμάτων είναι οι παρακάτω:

- Η στήριξη, η ενδυνάμωση και η ενημέρωση των ατόμων που πάσχουν από Διαταραχή Διάθεσης καθώς και των οικογενειών και φίλων των ατόμων αυτών.
- Καλλιέργεια των κοινωνικών ικανοτήτων των ψυχικά αρρώστων και η επανένταξή τους στη κοινωνία αλλά και στην αγορά εργασίας όσο το δυνατό συντομότερα. Gender and society. (n.d.). <http://www.ekpse.gr/services.html> (30/9/2012).
- Προλαμβάνεται η πιθανότητα να μονιμοποιηθεί η ψυχική ανικανότητα και να καταλήξει σε αναπηρία. Καρύδη, (n.d.). http://www.epipsi.gr/service_all/service_1/Eidiki_Monada_PAMME/ 30/9/2012).
- Αποφεύγεται η ισόβια αποκοπή τους από την οικογένεια, τους κοινωνικούς δεσμούς και τις κοινωνικές συναναστροφές. Gender and society. (n.d.). <http://www.iris-health.gr/Monades.htm> (30/9/2012).
- Στην πρόληψη υποτροπής.
- Στην αποφυγή και μείωση του χρόνου κλειστής περίθαλψης ατόμων με σοβαρές ψυχικές διαταραχές.
- Στην ψυχοκοινωνική διερεύνηση των δυνατοτήτων και των αναγκών των ατόμων προκειμένου να καταστεί εξατομικευμένο αποκαταστασιακό πρόγραμμα για τον καθένα.
- Στην ένταξη του ατόμου σε μια ποικιλία κοινωνικοθεραπευτικών δραστηριοτήτων, παράλληλα με την ψυχιατρική και ψυχολογική υποστήριξη τόσο ατομικά όσο ομαδικά και σε επίπεδο οικογένειας. Gender and society. (n.d.). <http://www.epapsy.gr/page.php?id=113> (30/9/2012).
- Στη δημιουργία προγραμμάτων και δραστηριοτήτων ψυχοεκπαίδευσης ή/και ενημέρωσης σχετικά με την πρόληψη, τη διάγνωση, την αυτοδιαχείριση και την

θεραπεία των Διαταραχών Διάθεσης. Τα προγράμματα θα αποβλέπουν στην υπεύθυνη πληροφόρηση των πασχόντων, των οικογενειών τους, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αλλά και της κοινωνίας στο σύνολό της. Καρύδη, (n.d.).

http://www.epipsi.gr/service_all/service_1/Eidiki_Monada_PAMME/ 30/9/2012).

- Στήριξη, προαγωγή και εκπόνηση επιστημονικής έρευνας σχετικά με τις Διαταραχές Διάθεσης.
- Προάσπιση και διεκδίκηση των δικαιωμάτων των ατόμων με Διαταραχή Διάθεσης και καταπολέμηση της προκατάληψης, των στερεοτύπων και του στίγματος της ψυχικής ασθένειας. Gender and society. (n.d.).<http://www.ekpse.gr/services.html> (30/9/2012).
- Ανάπτυξη συνεργασίας και αλληλεγγύης με συναφείς ελληνικές και διεθνείς ενώσεις και οργανώσεις καθώς και με επιστημονικά και πανεπιστημιακά ιδρύματα. Gender and society. (n.d.).<http://www.iris-health.gr/Monades.htm> (30/9/2012).
- Συνεργασία με εθελοντές καταρτισμένους επαγγελματίες ψυχικής και γενικής υγείας για την πραγματοποίηση ενημερωτικών ημερίδων. Καρύδη, (n.d.).
http://www.epipsi.gr/service_all/service_1/Eidiki_Monada_PAMME/ 30/9/2012).

Για την πραγματοποίηση των παραπάνω στόχων έχουν δημιουργηθεί κάποιες υπηρεσίες ψυχικής υγείας αυτές είναι:

- Τα ψυχιατρικά νοσοκομεία μέρας και νύχτας
- Τα κέντρα ψυχικής υγείας
- Οι ξενώνες
- Οι ψυχιατρικοί τομείς στα γενικά νοσοκομεία
- Τα προστατευόμενα εργαστήρια
- Οι σταθμοί ψυχιατρικών πρώτων βοηθειών με ανοικτή τηλεφωνική γραμμή 24 ώρες το 24 ωρο. Gender and society. (n.d.).
http://www.mpsy.gr/index.php?option=comcontent&view=article&id=4&itemid=268s_howall=1 (30/9/2012).

Το μεγαλύτερο και το πιο οδυνηρό εμπόδιο που αντιμετωπίζουν οι ψυχικά άρρωστοι κατά την περίοδο της αποκατάστασης είναι η λεγόμενη «ταμπέλα» που τους συνοδεύει. Νιώθουν συχνά την απόρριψη, την ετικετοποίηση, την περιθωριοποίηση και την απομόνωση.

Καραστεργίου, (2008). <http://www.iatronet.gr/article.asp?art-id=5712> (15/9/2012). Αυτό επιβαρύνει τον ψυχικό και συναισθηματικό κόσμο του ψυχικά αρρώστου, τον οδηγούν να επιθυμεί και να επιδιώκει το αντίθετο. Είναι πραγματικά θλιβερό να ταλαιπωρούμε ακόμα περισσότερο αυτούς τους ανθρώπους, που ήδη ταλαιπωρούνται από κάτι το τόσο σοβαρό, την έλλειψη της ψυχικής τους ισορροπίας.

6.2 ΤΟ ΣΤΙΓΜΑ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΝΟΣΟΥ: ΒΑΣΙΚΟΣ ΠΑΡΑΓΟΝΤΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΜΟΝΩΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.

Η ψυχική ασθένεια παραμένει στίγμα στην Ελλάδα, παρόλο που η πρόοδος της επιστήμης και τα νέα φαρμακευτικά σκευάσματα επιτρέπουν σε πολλούς ψυχικά αρρώστους να ζουν μια φυσιολογική ζωή, έξω από ιδρύματα και κλινικές, χωρίς μάλιστα να χρειάζονται μακροχρόνια θεραπεία. Οικονόμου-Λαλιώτη, (n.d.). <http://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/8250/3/koinoniko-stigma-psyhikis-asth-lalidti.pdf> (28/9/2012). Σε διάφορες εποχές και κοινωνίες, πολλές ήταν οι ασθένειες που πήραν το χαρακτήρα ‘στίγματος’, ο καρκίνος, η φυματίωση, το AIDS. Οι διαταραχές που στιγματίζονταν θεωρούνταν ανυπόληπτες και εξευτελιστικές. Αναμφίβολα όμως, η πιο στιγματισμένη μεταξύ όλων είναι η ψυχική νόσος. Το στίγμα, τα στερεότυπα και οι προκαταλήψεις που σχετίζονται με τις ψυχικές ασθένειες αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα, τόσο για τους ίδιους τους ασθενείς όσο και για τις οικογένειές τους. Στίγμα σημαίνει κηλίδα, ανεξίτηλο σημάδι, λεκές. Μεταφορικά το στίγμα είναι ένας έντονα μειωτικός χαρακτηρισμός που αποδίδεται σε κάποιον και από τον οποίο είναι πολύ δύσκολο να απαλλαγθεί. Είναι η κακή φήμη και η ηθική απαξία που συνοδεύει και βαρύνει οριστικά κάποιον. Ο τυπικός ορισμός του στίγματος αναφέρεται στο εξής: το άτομο χάνει την κοινωνική υπόσταση και υφίσταται διακρίσεις εξαιτίας της ψυχικής του ασθένειας. Το στίγμα είναι μια ανεπιθύμητη, δυσφημιστική ιδιότητα που στερεί από κάποιον το δικαίωμα της πλήρους κοινωνικής αποδοχής, ενώ ταυτόχρονα τον αναγκάζει να προσπαθεί να κρύψει την αιτία που προκαλεί αυτήν την αντιμετώπιση.

Πιο απλά, το στίγμα είναι ένα σημάδι εξευτελισμού, ατίμωσης και ντροπής.

Έχει τέσσερα συστατικά:

- Κολλάμε σε κάποιον μια ετικέτα, έναν χαρακτηρισμό, μια ρετσινιά
- Δημιουργούμε στερεότυπα για τους ανθρώπους που έχουν αυτό το χαρακτηριστικό
- Έπειτα κάνουμε ένα διαχωρισμό: από τη μια είμαστε εμείς, που είμαστε υγιείς, φυσιολογικοί και από την άλλη πλευρά βρίσκονται ‘οι άλλοι’, οι άρρωστοι, που έχουν χάσει την αξία τους
- Τέλος, προβαίνουμε σε αρνητικές διακρίσεις εναντίον όσων έχουν τα παραπάνω στερεότυπα χαρακτηριστικά.

Ανεξάρτητα, πάντως, από το βαθμό διάκρισης που υφίσταται το άτομο, το υποκειμενικό βίωμα υποτίμησης και περιθωριοποίησης είναι αυτό που επηρεάζει άμεσα την αυτοεκτίμησή του. Έτσι ο ασθενής εσωτερικεύει το στίγμα και αισθάνεται υποτίμηση, ντροπή και δυσφορία. Εμφανίζει επίσης συμπεριφορές απόσυρσης και απόκρυψης. Έτσι, εκτός από την ίδια τη νόσο οι ψυχικά ασθενείς έχουν να αντιμετωπίσουν το κοινωνικό στίγμα, την προκατάληψη και το φόβο της κοινωνίας.

ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ.

Το στίγμα επιβαρύνει την ψυχική συμπτωματολογία, ανεξαρτήτως πρωταρχικής διάγνωσης και σχετίζεται με την επιδείνωση των δεδομένων που αφορούν στην αποκατάσταση (ανεργία, προβλήματα στέγασης, υποβολή των ασθενών σε ψυχική και σωματική εκμετάλλευση, κοινωνική απομόνωση, επιπτώσεις στην οικογένειά τους). Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται, επίσης, και με την αυξημένη θνητότητα των καταθλιπτικών, ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου και άλλων παραγόντων. Πρόσθετη συνέπεια του στίγματος είναι και η αύξηση της επιβάρυνσης που θέτουν οι ψυχικές διαταραχές στη δημόσια υγεία. Ο λόγος είναι απλός. Η διάβρωση της κοινωνικής υπόστασης, του κοινωνικού δικτύου και της αυτοπεποίθησης των ασθενών έχει ως αποτέλεσμα την καθυστερημένη αναζήτηση βοήθειας, την πλημμελή θεραπεία ή την απουσία κάθε θεραπείας, την ελαττωμένη συνεργασιμότητα στη θεραπευτική αγωγή, την παρατεταμένη πορεία της νόσου και τελικά τις νοσηλείες που θα μπορούσαν να αποφευχθούν. Αυτό που τελικά επηρεάζει την αυτοπεποίθηση και το επίπεδο της δυσφορίας του ατόμου είναι το υποκειμενικό του βίωμα υποτίμησης και περιθωριοποίησης. Έτσι, η έννοια του εσωτερικευμένου στίγματος κατέχει κεντρική θέση στην ερμηνεία της ψυχολογικής επιβάρυνσης, εξαιτίας του στίγματος. Ο όρος αναφέρεται στην υποτίμηση, τη ντροπή, καθώς και τις συμπεριφορές απόκρυψης και απόσυρσης που αναδύονται, όταν το άτομο εφαρμόζει στον εαυτό του αρνητικά στερεότυπα.

Σύμφωνα με μελέτες που πραγματοποιήθηκαν από το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης καθώς και τη Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργώς- Β΄ φάση», οι συνέπειες του στίγματος, αναλυτικότερα, αφορούν:

- Έλλειψη πόρων για τη δημιουργία υπηρεσιών ψυχικής υγείας

Σε πολλές χώρες του κόσμου τα προγράμματα ψυχικής υγείας λειτουργούν με τεράστιες οικονομικές ελλείψεις. Η δυσπραγία στην εύρεση πόρων για υπηρεσίες ψυχικής υγείας, έχει σχέση, μερικώς και με το στίγμα που συνοδεύει τις ψυχικές ασθένειες.

- Προβλήματα στέγασης

Οι ιδιοκτήτες συχνά αρνούνται να μισθώσουν τα σπίτια τους σε άτομα με ψυχιατρικά προβλήματα και υπάρχουν γειτονιές που εμποδίζουν την εγκατάσταση ξενώνων με ψυχικά ασθενείς. Ως αποτέλεσμα, πολλά άτομα με σοβαρές ψυχιατρικές ασθένειες βρίσκονται χωρίς στέγη ή ζουν σε υποβαθμισμένες περιοχές κάτω από άθλιες συνθήκες.

- Ευκαιρίες απασχόλησης

Παρά το γεγονός ότι οι περισσότεροι ψυχικά ασθενείς διαθέτουν σημαντική ικανότητα να εργαστούν, ακόμη και την περίοδο που έχουν συμπτώματα και πολλοί από αυτούς διαθέτουν και ειδικές δημιουργικές δεξιότητες, ένα πολύ μικρό ποσοστό βρίσκει δουλειά κυρίως λόγω της αρνητικής στάσης των εργοδοτών.

- Κοινωνική απομόνωση

Στις αναπτυγμένες χώρες τα άτομα με μια σοβαρή ψυχική διαταραχή βιώνουν μια ιδιότυπη κοινωνική απομόνωση που οφείλεται όχι μόνο στα συμπτώματα της ασθένειάς τους αλλά και στο κοινωνικό στίγμα. Λίγες επαφές με φίλους, έκπτωση των οικογενειακών και κοινωνικών δεσμών, είναι μερικά από τα στοιχεία που συνθέτουν την κοινωνική απομόνωση.

- Αρνητικές επιπτώσεις στην πορεία της νόσου.

Πώς μπορεί το στίγμα που συνοδεύει την ψυχική ασθένεια να επηρεάσει τα συμπτώματα και να διαμορφώσει την πορεία της ασθένειας; υποστηρίζεται ότι οι ασθενείς που έχουν αποδεχτεί τη διάγνωση της ψυχικής ασθένειας αισθάνονται μια εσωτερική πίεση να πειθαρχήσουν στο στερεότυπο του ανήμπορου και άχρηστου, με επακόλουθο τη μεγαλύτερη κοινωνική απόσυρση και την υιοθέτηση του ρόλου του ανάπηρου. Αναπτύσσει έτσι, συναισθήματα ματαιώσης και απογοήτευσης, ντροπής και ενοχής, οδηγείται στην «εσωστρέφεια», στο ερμητικό κλείσιμο στον «εαυτό του» και σηκώνει μόνος το βαρύ φορτίο της αρρώστιας με το δικό του τρόπο. Ο δρόμος αυτός τον οδηγεί τελικά στην περιθωριοποίηση, την απομόνωση και τον αποκλεισμό. Επιπλέον, συχνά δυσκολεύεται ή δεν τολμά να αναζητήσει βοήθεια γιατί έχει να αντιμετωπίσει το τείχος της προκατάληψης που ορθώνεται μπροστά του.

- Αρνητικές επιπτώσεις στην οικογένεια

Εκτός από τον ίδιο τον άρρωστο και η οικογένειά του υφίσταται τις συνέπειες του στίγματος. Τα μέλη της οικογένειας είναι αυτά που σηκώνουν ένα τεράστιο συναισθηματικό βάρος από τη νόσο του συγγενή τους. Παράλληλα με το συναισθηματικό βάρος και το βάρος της φροντίδας και της υποστήριξης του ψυχικά αρρώστου έχει πέσει σχεδόν αποκλειστικά στην οικογένεια. Ειδικά τα τελευταία χρόνια με το κίνημα του αποιδρυματισμού και την αντιμετώπιση του αρρώστου έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα, ο ρόλος της οικογένειας γίνεται ακόμη πιο σημαντικός μιας και η οικογένεια αποτελεί το κύριο φυσικό υποστηρικτικό σύστημα για τον άρρωστο και τη βασική και πολλές φορές μοναδική πηγή φροντίδας. Η οικογένεια βιώνει συνολικά τις συνέπειες της κοινωνικής προκατάληψης και αδυνατεί να λειτουργήσει αποτελεσματικά και να διεκδικήσει αυτά που δικαιούται για λογαριασμό του αρρώστου. Ίσως για αυτό η οικογένεια δε «δημοσιοποιεί» τα προβλήματα που απορρέουν από τη νόσο, δεν οργανώνεται και δε διεκδικεί, προκειμένου να αναζητήσει λύσεις, όπως συμβαίνει με άλλες ομάδες ασθενών.

- Αρνητικές επιπτώσεις στο θεραπευτικό περιβάλλον.

Η προκατάληψη και ο στιγματισμός όμως δεν περιορίζονται στην οικογένεια αλλά επεκτείνονται ακόμη και στους εντεταλμένους να θεραπεύουν τη νόσο. Ο θεραπευτής ή το ίδρυμα που παρέχει τις ψυχιατρικές υπηρεσίες επιβαρύνονται επίσης από την προκατάληψη, γεγονός που έχει άμεση αντανάκλαση στην ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται στους ασθενείς.

ΠΟΥ ΟΦΕΙΛΕΤΑΙ Η ΑΡΝΗΤΙΚΗ ΣΤΑΣΗ:

Η ψυχική νόσος έχει ιστορικά σημαδευτεί με άγνοια, δεισιδαιμονία ακόμη και βασανιστήρια. Παρά τη σημαντική πρόοδο στην εκπαίδευση, την ιατρική και τις ψυχολογικές θεραπείες, η κοινή αντίληψη για τις ψυχικές ασθένειες είναι περισσότερο αρνητική σήμερα από ότι ήταν πριν μισό αιώνα. Ο στιγματισμός και ο επακόλουθος κοινωνικός αποκλεισμός οφείλονται κυρίως στην έλλειψη γνώσεων για την αιτιολογία της νόσου. Η ψυχική ασθένεια δεν είναι κάτι χειροπιαστό, είναι γενικό κι αόριστο. Και ότι δεν γνωρίζουμε μας φοβίζει.

Οι ανθρώπινες κοινωνίες ότι φοβούνται το γελοιοποιούν και το περιθωριοποιούν, γιατί νιώθουν ότι αυτό απειλεί τη συνοχή τους. Αυτή η περιθωριοποίηση ενδυναμώνει την αίσθηση ομοιογένειας της κοινωνίας μας, αλλά δυσκολεύει τόσο την πρόληψη όσο και την αποκατάσταση αυτών που αντιμετωπίζουν ψυχολογικές δυσκολίες.

Οι άνθρωποι που αντιμετωπίζουν κάποια προβλήματα στη ζωή τους συχνά τρομοκρατούνται στην ιδέα και μόνο πως μπορεί να έχουν 'ψυχολογικά προβλήματα'. Συνήθως το αποσιωπούν και πιστεύουν ότι είναι κάτι για το οποίο θα πρέπει να ντρέπονται.

Το χειρότερο είναι πως συχνά αποφεύγουν να ζητούν βοήθεια από ειδικούς, μιας και θεωρούν πως αυτό προσυπογράφει τη σοβαρότητα της κατάστασής τους, με αποτέλεσμα να μην παίρνουν πολύτιμη βοήθεια στην αρχική φάση των σοβαρών καταστάσεων. Επίσης, όσοι ήδη αντιμετωπίζουν τέτοιου είδους προβλήματα αποφεύγουν να τα γνωστοποιήσουν και να τα συζητήσουν στο συγγενικό, κοινωνικό και εργασιακό τους περιβάλλον, φοβούμενοι την απόρριψη. Σε πολλές περιπτώσεις, ο φόβος της ψυχικής διαταραχής δημιουργεί πολύ περισσότερα προβλήματα και από την ίδια τη διαταραχή. Καραστεργίου, (2008) .

<http://www.iatronet.gr/article.asp?art-id=5712>. (15/9/2012).

ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΣΤΙΓΜΑΤΟΣ ΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ:

Η αντιμετώπιση του ζητήματος του αποστιγματισμού είναι συνεπώς ένα μείζον θέμα. Πρόκειται για το πρώτο βήμα που μπορεί αν όχι να ανατρέψει, τουλάχιστον να αποσταθεροποιήσει την κυριαρχία της προκατάληψης έτσι ώστε να αρχίσει να αλλάζει η στάση της κοινωνίας απέναντι στο πρόβλημα. Για να περιορισθούν οι προκαταλήψεις, το στίγμα και οι διακρίσεις που αφορούν τη κατάθλιψη είναι αναγκαίο:

- Να καταπολεμηθεί η άγνοια και να αλλάξουν οι απόψεις και οι στάσεις του κοινού μέσα από προγράμματα ενημέρωσης, ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης. Αγωγή κοινότητας με τη διάδοση έγκυρων πληροφοριών για την ψυχική νόσο.
 - Να αλλάξουν οι νόμοι και οι πολιτικές ρυθμίσεις για να περιορισθούν οι διακρίσεις και να αυξηθεί η νομική προστασία για τους ψυχικά ασθενείς.
 - Να βοηθηθούν οι ασθενείς και οι οικογένειες στην καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων τους μέσα από προγράμματα ψυχοεκπαίδευσης.
 - Να βελτιωθούν οι θεραπείες.
 - Αντίκρουση όταν παρουσιάζονται εσφαλμένες αντιλήψεις από τα ΜΜΕ ώστε να αντιμετωπιστεί η παραπληροφόρηση.
 - Να ενθαρρύνουμε τη χρήση θετικών εικόνων για να αναφερόμαστε σε ανθρώπους με ψυχική νόσο και να υπογραμμίζουμε την πραγματικότητα ότι η ψυχική νόσος μπορεί εύκολα να αντιμετωπιστεί
 - Να δίνουμε έμφαση στις ικανότητες και όχι στους περιορισμούς
 - Η ανοικτή συζήτηση βοηθάει στο να έρθει το θέμα στην επιφάνεια και να φύγει από τα στενά προσωπικά όρια
 - Μην εξισώνουμε τους ανθρώπους με την ασθένεια. Δεν είναι ο άνθρωπος η ασθένεια. Για αυτό, αντί να λέμε ‘καταθλιπτικός’, να λέμε το άτομο που έχει κατάθλιψη.
- Καραστεργίου, (2008). <http://www.iatronet.gr/article.asp?art-id=5712> (15/9/2012).

ΣΤΑΣΕΙΣ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΗ ΨΥΧΙΚΗ ΑΣΘΕΝΕΙΑ.

Όμως δεν είναι μόνο ο γενικός πληθυσμός αλλά ακόμα και οι επαγγελματίες υγείας που έχουν την τάση να διατηρούν μια στερεότυπη εικόνα για όσους πάσχουν από ψυχικές ασθένειες, βασισμένη σε ισχυρές προκαταλήψεις. Έτσι, οι επαγγελματίες υγείας φαίνεται πως έχουν σημαντικό μερίδιο στην πρόκληση του στίγματος όσο και αν αυτό ακούγεται παράδοξο. Η αρνητική συμπεριφορά απέναντι στους ψυχικά ασθενείς και, πολλές φορές, οι απαράδεχτες και απορριπτικές στάσεις αποθαρρύνουν τους ασθενείς περισσότερο από οτιδήποτε άλλο, αφού και αυτοί ακόμη, που υποτίθεται ότι ενδιαφέρονται γι' αυτούς και το μόνο που επιδιώκουν είναι η φροντίδα τους, τους απορρίπτουν και τους αποδοκιμάζουν. Αυτό συμβαίνει συνήθως στις ψυχιατρικές κλινικές, όπου το προσωπικό βάζει τις λεγόμενες ταμπέλες, κάνουν διακρίσεις σε κάποιους από αυτούς τους ασθενείς, τους θεωρούν κακούς, ανάξιους, κατώτερους, και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την απόρριψή τους και τη διαίωνηση του ιδρυματισμού τους. Έρευνες έχουν δείξει ότι το προσωπικό κατώτερης βαθμίδας διατηρεί περισσότερο αρνητικές και αυταρχικές στάσεις απέναντι στους ψυχικά ασθενείς, ενώ το προσωπικό που είναι καλύτερα εκπαιδευμένο και μορφωτικά καταρτισμένο δείχνει μεγαλύτερη ανεκτικότητα, σεβασμό, εκτίμηση και είναι περισσότερο αισιόδοξο όσον αφορά την πρόγνωση των ψυχικών διαταραχών. Επίσης οι στάσεις του προσωπικού καθορίζονται και από μεταβλητές όπως η ηλικία, η κοινωνική τάξη, οι αντιλήψεις, οικογενειακό περιβάλλον και η εκπαίδευση. Κυζιρίδης, (n.d.). [http://www.isth.gr /images/uploads/02-3 KYZIRIDHS. Pdf](http://www.isth.gr/images/uploads/02-3_KYZIRIDHS.Pdf) (1/10/2012). Τέλος, οι αρνητικές στάσεις των επαγγελματιών υγείας δεν γίνονται αντιληπτές μόνο στα ψυχιατρεία, αλλά και στη κοινότητα, όπως είναι τα κέντρα ψυχικής υγείας όπου μπορεί να έχουν οι επαγγελματίες υγείας την ίδια αρνητική συμπεριφορά απέναντι στους ψυχικά αρρώστους. Έτσι συμπεραίνουμε ότι οι ψυχικά ασθενείς εκτός από την νόσο, την κοινωνία, έχουν να αντιμετωπίσουν και την απόρριψη από τους επαγγελματίες υγείας.

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Μέσα από αυτή την εργασία έγινε μια προσπάθεια να συλλεχθούν στοιχεία και να αποδοθεί μια όσο το δυνατό ικανοποιητική εικόνα για την φύση της κατάθλιψης όπως επίσης να συμπεριληφθούν στις γνώσεις μας κάποια σημαντικά στοιχεία, που θα μας βοηθήσουν να αντιμετωπίσουμε, αν μας ζητηθεί, ένα περιστατικό συναισθηματικής διαταραχής. Γιατί οι ψυχικά ασθενείς είναι μια κατηγορία ασθενών που υπάρχει πιθανότητα να την αντιμετωπίσουμε και σε άλλους χώρους εκτός από το νοσοκομείο. Μπορεί να έρθουμε σε επαφή μαζί τους σε μια παρέα, εργασιακό περιβάλλον, και στο στενό οικογενειακό περιβάλλον.

Επιπρόσθετα, συμπεραίνουμε ότι αυτό που πραγματικά έχουν ανάγκη κατά την περίοδο της κατάθλιψης είναι η αποδοχή, ο σεβασμός, και η αγάπη των άλλων. Δεν χρειάζονται συμβουλές και παροτρύνσεις αλλά άνευ όρων αγάπη. Έχουν ανάγκη από λόγια ενίσχυσης και υποστήριξης και κυρίως από στοργή, τρυφερότητα, χάρδια και αγκαλιές. Η γλώσσα του σώματος είναι αυτή που καλύτερα μπορούμε να καταλάβουμε. Ακόμη και τότε που θέλουν να μείνουν μόνοι τους εγκαταλελειμμένοι στο πηγάδι της θλίψης τους μπορούν να αναγνωρίσουν την καλή διάθεση των αγαπημένων τους προσώπων και να παρηγορηθούν από τη στάση και την παρουσία τους. Ακόμη και όταν η εκδήλωση της αγάπης τους δεν είναι αρκετή για να τους αλλάξει άμεσα την διάθεση, πάντοτε ασκεί μέσα τους θεραπευτική ενέργεια, και παίζει σημαντικό ρόλο στην θεραπευτική τους πορεία. Καυκίου, (n.d). <http://www.psychе.gr / depression.htm> (25/9/2012).

Τέλος στόχος μας είναι να διδάξουμε αλλά και να μεταφέρουμε στον ψυχικά άρρωστο την αξία της προσωπικότητάς του και τον βοηθάμε να έχει μια ρεαλιστική γνώμη για τον εαυτό του. Τον παροτρύνουμε να συναναστρέφεται με τους συνανθρώπους του. Και τον διδάσκουμε πώς να αναπτύξει και να διατηρήσει τις διαπροσωπικές του σχέσεις.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Katie:

Αντιμέτωπη με την κατάθλιψη

Η Κατερίνα ήταν μια ελκυστική αλλά πολύ ντροπαλή 16χρονη κοπέλα. Για αρκετά χρόνια, η Κατερίνα είχε σπάνιες κοινωνικές σχέσεις με άτομα που δεν ανήκαν στο οικογενειακό της περιβάλλον λόγω του κοινωνικού της άγχους. Της ήταν εξαιρετικά δύσκολο ακόμα και το να πηγαίνει στο σχολείο, καθώς οι κοινωνικές της επαφές διαρκώς ελαττώνονταν, οι μέρες της γινόταν πιο κενές και ανιαρές. Να πως περιέγραψε η ίδια την κατάσταση της μετά από χρόνια:

« Η εμπειρία της κατάθλιψης είναι σαν να βουλιάζεις σε μια βαθιά, σκοτεινή τρύπα από την οποία δεν υπάρχει διέξοδος. Ουρλιάζεις καθώς πέφτεις, αλλά κανένας δεν σε ακούει. Μερικές φορές κατορθώνεις να ανέβεις προς την επιφάνεια χωρίς μεγάλη προσπάθεια. Κάποιες άλλες, εύχεται να χτυπήσεις στον πάτο ώστε να μην χρειαστεί να πέσεις ποτέ ξανά. Η κατάθλιψη επηρεάζει τον τρόπο που βλέπεις τα γεγονότα. Επηρεάζει τον τρόπο που βλέπεις τον εαυτό σου και τους άλλους. Θυμάμαι να κοιτάζομαι στον καθρέφτη και να σκέφτομαι ότι είμαι το ασχημότερο πλάσμα στον κόσμο. Προσπαθούσα να πιστέψω πως αύριο δεν θα έκανα τις ίδιες σκέψεις. Μοιάζει κάπως σαν να περιμένεις μια αλλαγή στο κόσμο.»

Ωστόσο στα 16 της χρόνια, η Κατερίνα μέσα σε βαθιά απόγνωση δεν μπορούσε να σκεφτεί με αυτόν τον τρόπο. Έκλαιγε, συχνά για ώρες στο τέλος της ημέρας. Ένα χρόνο αργότερα είχε αρχίσει να πίνει αλκοολούχα ποτά. Ένα ποτήρι κρασί μετά το δείπνο λειτουργούσε καταπραϋντικά στην Κατερίνα ενώ, μέσα στην απόγνωσή τους, η ίδια και η γονείς της ήταν πρόθυμοι να δοκιμάσουν οτιδήποτε που θα μπορούσε να την κάνει να λειτουργήσει καλύτερα. Όμως το ένα ποτήρι κρασί έπαψε να είναι αρκετό. Άρχισε να πίνει έως ότου αποκοιμιόταν. Ήταν ένας τρόπος διαφυγής από αυτό που ένιωθε. Η ζωή της Κατερίνας συνέχιζε να ακολουθεί καθοδική πορεία. Για αρκετά χρόνια η Κατερίνα σκεφτόταν την αυτοκτονία ως τη λύση της δυστυχίας της. Στην ηλικία των 13 ετών, με την παρουσία των γονιών της, ανέφερε αυτές τις σκέψεις σε έναν ψυχολόγο. Οι γονείς της ξέσπασαν σε

κλάματα, γεγονός που την επηρέασε βαθιά. Από τότε δεν ξανά αναφέρθηκε στην αυτοκτονία, αλλά οι σκέψεις αυτές δεν έφυγαν ποτέ από το μυαλό της. Στην ηλικία των 17 ετών, η ενασχόληση της με τις σκέψεις θανάτου αυξήθηκε:

« Νομίζω ότι αυτό ήταν αποτέλεσμα της εξάντλησης. Είχα κουραστεί να αντιμετωπίζω καθημερινά το άγχος και την κατάθλιψη. Σύντομα διαπίστωσα ότι προσπαθούσα να διακόψω τις λίγες διαπροσωπικές σχέσεις που είχα, με τους στενούς μου φίλους, τη μητέρα μου και τον μεγάλο μου αδερφό. Ήταν σχεδόν αδύνατο να μου μιλήσουν. Ήμουν συνεχώς θυμωμένη και απογοητευμένη. Μια μέρα ξεπέρασα τα όρια. Μετά από μια σύγκρουση με την μητέρα μου για κάτι ασήμαντο, ανέβηκα στο δωμάτιό μου, όπου κρατούσα ένα μπουκάλι βότκα. Ήπια όσο περισσότερο μπορούσα, έως ότου έφτασα στο σημείο να τσιμπάω τον εαυτό μου και να μην αισθάνομαι τίποτα. Μετά, πήρα ένα μαχαίρι που είχα κρύψει και έκοψα τις φλέβες μου. Δεν αισθάνθηκα παρά μόνο το ζεστό αίμα που κυλούσε από τον κομμένο μου καρπό. Το αίμα έρρεε στο πάτωμα κάτω από το κρεβάτι μου. Η ξαφνική σκέψη ότι είχα αποτύχει ότι αυτό δεν ήταν αρκετό για να προκαλέσει τον θάνατό μου, με συνέφερε. Σηκώθηκα από το κρεβάτι και άρχισα να γελάω. Προσπάθησα να σταματήσω την αιμορραγία με πετσέτες. Έμεινα ήρεμη και ανησυχητικά χαρούμενη. Πήγα στην κουζίνα και φώναξα την μητέρα μου. Δεν μπορώ να φανταστώ πως ένιωσα βλέποντας με γεμάτη αίματα. Θυμάμαι το γιατρό, καθώς μου χορηγούσε νοβοκαΐνη, να λέει, ότι είχα χρησιμοποιήσει κάποιο αναισθητικό πριν κόψω τον καρπό μου. Δεν ένιωσα ποτέ την ένεση ή τα ράμματα. Μετά από αυτό οι σκέψεις της αυτοκτονίας έγιναν συχνότερες και πιο ρεαλιστικές. Ο πατέρας μου, ζήτησε να του υποσχεθώ ότι δεν θα ξανάκανα ποτέ κάτι τέτοιο και εγώ του έδωσα μια υπόσχεση που δεν σήμαινε τίποτα για μένα. Αυτή ήταν μια υπόσχεση που είχε σκοπό να ανακουφίσει το δικό του πόνο και φόβο και όχι τους δικούς μου και η ενασχόλησή μου με τις σκέψεις της αυτοκτονίας συνεχίστηκε». (Durand,).

Billy:

Ο καλύτερος σε όλα.

Πριν ο Βασίλης φθάσει στην πτέρυγα της κλινικής μπορούσε κανείς να τον ακούσει να γελάει. Ακουγόταν σαν να διασκεδάζε. Καθώς η νοσηλεύτρια οδηγούσε τον Βασίλη στον

διάδρομο για να τον συστήσει στο προσωπικό, το βλέμμα του έπεσε στο τραπέζι του πινγκ – πονγκ. Ο Βασίλης φώναξε δυνατά:

« Πινγκ-πονγκ! Τρελαίνομαι για πινγκ-πονγκ. Έχω παίξει μόνο δυο φορές αλλά να τι θα κάνω όσο καιρό είμαι εδώ. Θα γίνω ο καλύτερος παίχτης του κόσμου! Και αυτό το τραπέζι είναι φοβερό! Θα αρχίσω αμέσως να το φτιάχνω και θα το κάνω το καλύτερο τραπέζι πινγκ-πονγκ στον κόσμο. Θα το διαλύσω σε κομματάκια και θα το ξαναφτιάξω μέχρι να γίνει τέλειο!»

Σύντομα ο Βασίλης άρχισε να μιλάει για κάτι άλλο που του απόσπασε την προσοχή. Την προηγούμενη εβδομάδα ο Βασίλης είχε πάρει όλα τα χρήματα από τον τραπεζικό λογαριασμό, τις πιστωτικές κάρτες του και εκείνες των γονιών του με τους οποίους έμενε μαζί και αγόρασε όλα τα μέρη ενός στερεοφωνικού συγκροτήματος που μπορούσε να βρει. Σκέφτηκε ότι θα έκανε το καλύτερο στούντιο στην πόλη και ότι θα έβγαζε εκατομμύρια νοικιάζοντας το στους ανθρώπους που θα ερχόταν από μακριά. Το επεισόδιο αυτό ήταν και η αιτία που ο Βασίλης εισήχθη στο νοσοκομείο. (Durand,).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Ø Agorastos, D. (2008). <http://psychologein.sciblogs.net>. (11/8/2012).
- Ø Αμανατίδου, Φ. (n.d.). <http://e-psychology.gr/grief-depression/575-ti-einai-katathlipsi-pos-thn-antimetopizoume> (25/9/2012).
- Ø Andrews, G. (2002). [http://www.inspy.gr/articles/preventionof depression.htm](http://www.inspy.gr/articles/preventionof%20depression.htm) (26/8/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). [http://www.anger.com.gr/index.php?option:com_content&view =article&id=83:2010-01-24-00-20-49&catid=54:2010-01-24-00-22-38&itemide=95](http://www.anger.com.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=83:2010-01-24-00-20-49&catid=54:2010-01-24-00-22-38&itemid=95) (30/9/2012).
- Ø Αυγουστάτος, Γ. (2008). [http://psycosynthesis...blogspot.gr/2008/05/blog/-post-09.html](http://psycosynthesis.blogspot.gr/2008/05/blog-post-09.html) (11/8/2012).
- Ø Gender and society. (2011). [http://anxietydisorders.gr/index.php?option=com-k2&view= itemid=176:5-ποια-είναι-τα-συμπτώματα-της-διαταραχής-μετα-απο-ψυχοτραυματικο-στρες&itemid=272](http://anxietydisorders.gr/index.php?option=com_k2&view=article&id=176:5-ποια-ειναι-τα-συμπτωματα-της-διαταραχης-μετα-απο-ψυχοτραυματικο-στρες&itemid=272) (27/9/2012).
- Ø Βενέτη, Β. (n.d.). <http://e-psychology.gr/grief-depression-cognitive-behavioral-therapy-vasiliki-psychologist> (20/9/2012).
- Ø Βενέτη, Β. (2009). <http://Vasilikineneti.blogspot.gr/2009/07/blog-spot-10.html> (27/9/2012).
- Ø Gender and society. (2009). http://www.cbt.com.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=195%3Ajoomla-community-portal&catid=62%3Aproblems&itemid=132&lang=el (30/9/2012).
- Ø Γεωργιάδου, Ε. (2012). http://www.psixologikosfaros.blogspot.gr/2012/05/blog-post_9720.html (1/10/2012).
- Ø Gender and society. (2010). [http://www.depressionanxiety.gr /121/article/ greek/121/137/index.htm](http://www.depressionanxiety.gr/121/article/greek/121/137/index.htm) (22/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). [http://www.depressionanxiety.gr/131/ article/greek/131/118/index.html](http://www.depressionanxiety.gr/131/article/greek/131/118/index.html) (27/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://www.depression.ch/documents/gr/echisch.pdf> (27/9/2012).

- Ø Gender and society. (2011). <http://www.depnet.gr/universe1/treatment/ect/> (24/9/2012).
- Ø Durand, B. Ψυχολογία & Παθολογική συμπεριφορά: Μια συνθετική Βιοψυχοκοινωνική Προσέγγιση. (Αθήνα:Ελλην).
- Ø Gender and society. (n.d.).<http://www.egoideal.gr/Χρήσιμα/11-ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.html> (20/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://www.ekpse.gr/services.html> (30/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d). <http://www.emedi.gr/1511/prolhps-hkatathlipshs.htm> (22/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://www.epapsy.gr/page.php?id=113> (30/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://www.galinos.gr/web/drugs/main/noncodes#content> (30/9/2012).
- Ø Greenberg, G. (n.d). <http://www.katathlipsi.gr/index.php?option=com-content&task=view&id=86&Itemid=1> (11/8/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://www.health.vic.gov.au/mentalhealth/patientrights/downloads/greek/ect.pdf> (25/9/2012).
- Ø Ηλιόπουλος, Α. (2010α). http://www.anxietydisorders.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=82&catid=37 (30/9/2012).
- Ø Ηλιόπουλος, Α. (2010β). <http://www.cbt.com.gr/index.php?option=com-content&view=article&id=288%3Ajoomla-community-portal&catid=80%3A2010-09-30-18-24-34&Itemid=1418&lang=el> (27/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://www.ipse.gr/adult.html> (22/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://www.iris-health.gr/Monades.htm> (30/9/2012).
- Ø Καλαιτζή, Χ. (2011). <http://www.kliniki.lyrakou.gr/blog/katathlipsi/katathlipsi-aitia-kai-antimetwpsish.html> (27/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://kesmeth.com/υπηρεσίες/ομάδα-προσωπικής-ανάπτυξης/> (30/9/2012).
- Ø Καλογερόπουλος, Α. (n.d.). <http://www.agiafotini-clinic.gr/?p=8> (20/9/2012).
- Ø Κοκκώλης, Κ. (2004). <http://www.iatronet.gr/article.asp?.art-id=155> (27/9/2012).
- Ø Καπαρός, Γ., & Votta, M. (2011). <http://www.dromotherapie.gr/nevroseis/diatharaxi-diathesis-ofeilomeni-se-genikh-iatrikh-katastasi.html> (27/9/2012).

- Ø Καρανίκας, Ε. (2010). <http://www.ekaranikas.gr/tag/ηλεκτροσπασμοθεραπεία/> (25/9/2012).
- Ø Καραστεργίου, Κ. (2008). <http://www.iatronet.gr/article.asp?art-id=5712> (15/9/2012). (25/9/2012).
- Ø Καρύδη, Μ.Β. (n.d.). http://www.epipsi.gr/service_all/service_1/Eidiki_Monada_PAMME/ 30/9/2012).
- Ø Καταρτζής, Σ. (2008). <http://www.katartzis-sotirios.gr/html/katathlipsi.html> (17/8/2012).
- Ø Gender and society.(n.d.).<http://www.katatlipsi.gr/sxedio.pdf> (27/9/2012).
- Ø Καυκίου, Ν. (n.d.). <http://www.psyche.gr/depression.htm> (6/8/2012).
- Ø Κυζιρίδης, Θ. (n.d.). http://www.isth.gr/images/uploads/02-3_KYZIRIDHS.Pdf (1/10/2012).
- Ø Λιακοπούλου, Ε. (2012). <http://Efi-liakopoulou.blogspot.gr/2012/02/ptsd.html#!/2012/02/ptsd.html> (27/9/2012).
- Ø Μάνου, Ν. (1997). *Βασικά στοιχεία κλινικής ψυχιατρικής*. (Θεσσαλονίκη: University studio press).
- Ø Μενεδιάτου, Α. (n.d.). <http://www.mazi.org.gr/Άλλες-διαταραχές-διάθεσης-οφειλόμενη-σε-γενική-ιατρική-κατάσταση> (27/9/2012).
- Ø Μενεδιάτου, Α. (n.d.). <http://www.mazi.org.gr/Άλλες-διαταραχές-διάθεσης-προκαλούμενες-από-ουσίες> (27/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://www.mindsmirror.com/moodtwoexpseven.html> (30/9/2012).
- Ø Μενεδιάτου, Α. (n.d.). <http://www.mazi.org.gr/Κατάθλιψη/Αιτιολογία> (23/9/2012).
- Ø Μενεδιάτου, Α.(n.d.). <http://www.mazi.org.gr/κατάθλιψη/Ηλεκτροσπασμοθεραπεία-και-άλλες-θεραπείες>. (24/9/2012).
- Ø <http://www.mpsy.gr/index.php?option=comcontent&view=article&id=4&itemid=268&showall=1> (30/9/2012).
- Ø Μενεδιάτου, Α., & Κουκλινός, Α. (n.d.). <http://www.whatgr.com/an/ta-antikathliptika-farmaka.html> (10/9/2012).
- Ø Μενεδιάτου, Α., & Κουκλινός, Α.(n.d.). <http://.mazi.org.gr/κατάθλιψη/φαρμακευτική-αγωγή?start=5> (10/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://www.neurodiagnosis.gr/katathlipsi.htm> (6/8/2012).

- Ø Gender and society. (n.d.). [http://www.news-medical.net/health/electroconvulsive-therapy-what-is-electroconvulsive-therapy-\(greek\).asp](http://www.news-medical.net/health/electroconvulsive-therapy-what-is-electroconvulsive-therapy-(greek).asp) (25/9/2012).
- Ø Ξένοϋ, Κ. (2007). <http://www.iatronet.gr/article.asp?art-id=1163> (23/9/2012).
- Ø Οικονόμου-Λαλιώτη, Μ. (n.d.). <http://helios-eie.ekt.gr/EIE/bitstream/10442/8250/3/koinoniko-stigma-psykhikis-asth-lalidti.pdf> (28/9/2012).
- Ø Gender and society. (2009). <http://www.otherside.gr/2009/05/katathlipsi-kai-diatrofi-pws-syndeontai.htm>. (20/9/2012).
- Ø Παναρετάκη, Ι. (n.d.). <http://www.Panakeia.org.gr/Ti-Einaikatathlipsi.asp> (16/9/2012).
- Ø Πατεράκης, Μ. (n.d.). <http://www.madata.gr/index.php?news=10570> (20/9/2012).
- Ø Gender and society. (2008). http://psychcentral.com/lib/2008/depression_treatment-psychotherapy-medication-or-both (28/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://www.psychologia.gr/disorders/anxietydisorders.htm> (27/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). http://www.psychologia.gr/disorders/mood_disorders.htm (25/9/2012).
- Ø Gender and society. (2008). <http://psycosynthesis.blogspot.gr/2008/05/08/blogpost-8403.html> (24/9/2012).
- Ø Πετράς, Χ.(2010). <http://kentrostirixis.gr/index.php?option=com-content&view=article&id=115>. (18/9/2012).
- Ø Πολυγόπουλος, Ε. (n.d.). <http://www.inspy.gr/Article/sleep-and-sleep-disorders-htm> (25/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). <http://www.psynet.gr/index.php?option=com-content&view=article&id=37:&catid=188&itemid=26> (22/9/2012).
- Ø Gender and society. (n.d.). http://www.psynet.gr/index.php?option=com_content&view=article&id=111:c&catid=47-8&itemid=35 (24/9/2012).
- Ø Ραγιά, Α.Χ. (2009). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας*. (Αθήνα-Ιδίας).
- Ø Σκαπινάκης, Π. (2003). <http://web4heath.info/el/answer/bipolar-sump-depr.htm> (22/9/2012).

- Ø Gender and society. (2010). <http://www.techne.gr/showthread.php?160-ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ-ΤΗΣ-ΔΙΑΘΕΣΗΣ-ΠΡΟΚΑΛΟΥΜΕΝΗ-ΑΠΟ-ΟΥΣΙΕΣ.htm>
(27/9/2012).
- Ø Τσιτσιπά, Ε. (2012). <http://www.elephtheria.gr/index.asp?cat=19&aid=41130>
(27/9/2012).

