

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΠΑΤΡΑΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ:**

**ΓΕΩΡΓΙΑΔΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**

**ΚΥΡΙΑΚΗ ΣΑΜΑΡΤΖΗ**

**ΠΑΤΡΑ 2013**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία αναφέρεται στις δυο από τις σημαντικότερες ψυχικές νόσους, την κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια. Επίσης την συμπτωματολογία της κατάθλιψης στους σχιζοφρενείς ασθενείς. Αναλυτικότερα στο πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στην κατάθλιψη τα χαρακτηριστικά της νόσου τις μορφές και τους παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στην εμφάνιση της. Δίνονται κατευθυντήρια κριτήρια για την αναγνώριση της ύπαρξης της σε ένα ασθενή καθώς και μια αποσαφήνιση και διαχωρισμό από την θλίψη. Το κεφάλαιο κλείνει με παράθεση στοιχείων και αναφορά στην εμφάνιση της νόσου σε διάφορες ομάδες ανάλογα την ηλικία ή το φύλο, καθώς και μια προσπάθεια κατάρριψης λανθασμένων αντιλήψεων σχετικά με την κατάθλιψη. Το δεύτερο κεφάλαιο διαπραγματεύεται με την κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας τα χαρακτηριστικά και τους τύπους καθώς και τους παράγοντες που πυροδοτούν την εμφάνιση της, κλείνοντας με παράθεση στατιστικών στοιχείων και διαχωρισμού των μύθων που ακολουθούν την ασθένεια, από την πραγματικότητα. Στο τρίτο κεφάλαιο αναφέρεται στην νοσηλευτική παρέμβαση και στην φαρμακευτική αγωγή που πρέπει να εφαρμοστεί στις δυο αναφερόμενες ψυχικές νόσους. Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφέρεται στην συμπτωματολογία της εμφάνισης της κατάθλιψης στην σχιζοφρένεια και κατά πόσο αυτή είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της σχιζοφρένειας, επακόλουθο ή κάτι εντελώς ξέχωρο από αυτήν.

The purpose of this thesis is to elaborate on the two most known psychological illnesses, depression and schizophrenia, and the symptomology of depression in schizophrenia. On the first chapter we negotiate the term depression, the characteristics of the illness, the types and causes of depression and the criteria used to recognize the presence of the illness and how to discern and distinguish depression from sadness. This chapter ends with statistical data, the presence of depression on various groups depending on age and sex and drawing the line between false notions regarding this illness and the truth. On the second chapter the clinical image of schizophrenia is presented according to its types, what causes it and what triggers the manifestation of schizophrenia. Ending this chapter with the presentation of statistical data and the myths which accompanied it throughout the years. At the third chapter we present the ways of treating those two psychological illnesses with medical and psychological support and the nursing interventions that are required. The fourth chapter refers to the symptoms of depression in schizophrenia and how far depression can be regarded as an integrated part of schizophrenia, an after cause or something totally apart

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

**Δύο από τις σημαντικότερες ψυχικές νόσους αποτελούν η κατάθλιψη και η σχιζοφρένεια.**

Η κατάθλιψη είναι η δημοφιλέστερη ψυχιατρική διαταραχή και ανήκει στις λεγόμενες διαταραχές διάθεσης, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεταβολές της συναισθηματικής διάθεσης και ως επί το πλείστον από αρνητικά συναισθήματα και ιδέες. Η κατάθλιψη λόγω της φύσης της πολλές φορές συγχέεται με τη θλίψη από τους ασθενείς και τους γύρω του. Γι' αυτό και είναι επιβεβλημένη η έγκαιρη και σωστή διάγνωση της (βάση επιστημονικών κριτηρίων), καθώς και η επιλογή της καταλληλότερης θεραπείας για τον ασθενή.

Η συμπτωματολογία της ποικίλει, όπως οι μορφές και οι τύποι της. Αρκετές πληθυσμιακές ομάδες είναι ευάλωτες σε αυτή την ασθένεια (άντρες-γυναίκες-παιδιά-έφηβοι-ηλικιωμένοι-άτομα που έχουν περάσει κάποιο τραυματικό γεγονός κ.α) για διαφορετικούς λόγους σε κάθε περίπτωση. Επομένως είναι προφανείς και οι δυσκολίες που προκύπτουν στη διάγνωση και στη θεραπεία της.

Στο κεφάλαιο της κατάθλιψης θα παρουσιαστούν αναλυτικά τα κριτήρια και τα χαρακτηριστικά της κατάθλιψης, οι παράγοντες που μπορεί να την προκαλέσουν, οι μορφές της ασθένειας και οι τύποι καταθλιπτικών, ανά πληθυσμιακή ομάδα και γενικότερα. Τέλος θα παρατεθούν στοιχεία για τη πιο διαδεδομένη ψυχική νόσο των ημερών μας., όπως και μύθοι και αλήθειες που στιγματίζουν τους καταθλιπτικούς.

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή πιο σπάνια, αλλά συχνά πιο επικίνδυνη, που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Στα χρόνια που πέρασαν, παρ' όλες τις έρευνες και τις προσπάθειες που έχουν γίνει, δεν μάθαμε πολλά πράγματα για τη μάστιγα αυτή της ανθρωπότητας, που εξακολουθεί να ρημάζει άτομα και οικογένειες. Δεν ξέρουμε ακόμα ούτε πώς να τη θεραπεύσουμε ολοκληρωτικά, ούτε πώς να προφυλάξουμε τον άνθρωπο από τη σχιζοφρένεια. Κι αυτό γιατί τα αίτια της ακόμα μας διαφεύγουν.

Θα γίνει μια λεπτομερής αναφορά, στην εργασία αυτή προς διερεύνηση και κατανόηση της σχιζοφρένειας. Παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της νόσου και οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί γι' αυτήν. Τα συμπτώματα και η κλινική εικόνα των ασθενών και φυσικά η διάγνωση της ασθένειας, που όπως και στην κατάθλιψη είναι πρωτεύοντος σημασίας, τόσο για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας της, όσο και την καλύτερη κατανόηση της ίδιας της ασθένειας. Επίσης γίνεται αναφορά στους τύπους και στις μορφές της νόσου, όπως και κλινικά ευρήματα των σχιζοφρενών. Τέλος θα παρουσιαστούν στοιχεία για τη σχιζοφρένεια, καθώς μύθοι και αλήθειες για τους σχιζοφρενείς ασθενείς.

Εφόσον γίνει η ορθή διάγνωση και χαρακτηρισμός της ψυχικής νόσου, επόμενο βήμα είναι η **θεραπεία** και η πορεία της στον κάθε ασθενή συγκεκριμένα. Θα παρουσιαστούν όλες οι μορφές θεραπείας και τα στάδιά τους, με ιδιαίτερη μνεία στη φαρμακευτική αγωγή και στις τυχόν παρενέργειες της. Ο νοσηλευτής έχει την υποχρέωση να αντιμετωπίσει τον κάθε ψυχικά ασθενή ως μια ενιαία βιο-ψυχοσωματική οντότητα, με σεβασμό στις ιδιαιτερότητές του και με καθήκον να προφυλάξει τον ασθενή από οτιδήποτε θα θέσει σε κίνδυνο τον ίδιο, την πορεία της θεραπείας του ή άλλους που θα έρθουν σε επαφή μαζί του. Οι παρενέργειες των θεραπειών για την κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια, είναι αρκετά σημαντικές και συχνά επικίνδυνες, γι' αυτό και η συνέπεια και η ορθή εφαρμογή της εκάστοτε θεραπείας κρίνεται άκρως αναγκαία. Στο πλαίσιο αυτό θα παρουσιαστούν νοσηλευτικές παρεμβάσεις προς αυτή την κατεύθυνση.

Στην ιστορία της ψυχιατρικής έχουμε πολλές αναφορές για ασθενείς οι οποίοι παρουσιάζουν συμπτώματα, καθώς και κλινική εικόνα και των δύο αυτών νόσων. Τα τελευταία χρόνια οι ψυχικές αυτές νόσοι (κατάθλιψη και σχιζοφρένεια) άρχισαν να μελετούνται και ως μια συνδυαστική ψυχική ασθένεια με δυο πρόσωπα. Στην κλινική πρακτική βλέπουμε κάθε μέρα ότι οι δυο αυτές αρρώστιες είναι δύσκολο να ξεχωριστούν αμιγώς η μία από την άλλη και πάρα πολύ τακτικά χρειάζεται κοινή φαρμακευτική αγωγή και για τις δύο. Θα δούμε τα ιστορικά στοιχεία για την καταθλιπτική συμπτωματολογία στη σχιζοφρένεια και τι ακριβώς ισχύει σ' αυτούς τους ασθενείς. Στο πλαίσιο αυτό παρουσιάζονται κλίμακες που προσμετράνε την κατάθλιψη στους σχιζοφρενείς. Τα διαγνωστικά κριτήρια βρίσκονται σε διαδικασία που χρειάζεται περαιτέρω έρευνα και γενικότερα οι έρευνες, οι μελέτες και τα στοιχεία για την κατάθλιψη στη σχιζοφρένεια, έχουν υπάρξει πεδία διχογνωμιών και επ' ουδενί μας οδηγούν σε ασφαλή συμπεράσματα. Η θεραπεία είναι ένα κεφάλαιο αρκετά περίπλοκο και η εφαρμογή της παραμένει κλινικά προκλητική. Ο συνδυασμός θεραπειών για τη κατάθλιψη και την σχιζοφρένεια δημιουργεί ένα αρκετά εκρηκτικό φάσμα παρενεργειών, αρκετά επικίνδυνο.

Η εργασία αυτή έχει ως σκοπό την ενημέρωση για την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια, καθώς και για το τι ακριβώς συμβαίνει όταν συνυπάρχουν οι δυο αυτές νόσοι. Περαιτέρω έρευνα απαιτείται κ είναι εντελώς αναγκαία για να υπάρξει ελπίδα για την αποτελεσματικότερη θεραπεία της συνδυαστικής αυτής νόσου.

# ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

## A. ΓΕΝΙΚΑ

Η **κατάθλιψη** είναι μία ψυχιατρική διαταραχή που ανήκει στις λεγόμενες διαταραχές διάθεσης, οι οποίες χαρακτηρίζονται από μεταβολές της συναισθηματικής διάθεσης. Στην ψυχιατρική ορολογία ο όρος συναισθηματική διάθεση αντικατοπτρίζει τον καθολικό και σταθερό συναισθηματικό τόνο που βιώνει το άτομο και που επηρεάζει την συμπεριφορά και την αντίληψή του για τον κόσμο. Ο όρος αυτός διακρίνεται από το συναίσθημα που αποτελεί την εξωτερική έκφραση της διάθεσης.

Οι σκέψεις μας έχουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της διάθεσης μας. Η τάση στο να βλέπουμε περισσότερο την αρνητική μεριά των πραγμάτων παρά τα υπόλοιπα, μπορεί να φτάσει στο σημείο που να απομακρύνει κάθε χαρά από τη ζωή μας.

Αρνητικά αισθήματα θλίψης, στενοχώριας και απογοήτευσης είναι κοινά σε όλους τους ανθρώπους. Αισθανόμαστε απογοήτευση μετά από μια αποτυχία ή θλίψη μετά από ένα χωρισμό ή μια απώλεια. Τα αρνητικά αυτά αισθήματα είναι φυσιολογικά και δεν επηρεάζουν σημαντικά τη δυνατότητά μας να ανταποκρινόμαστε στις καθημερινές μας υποχρεώσεις. Θα μπορούσαμε μάλιστα να πούμε ότι είναι και χρήσιμα στο βαθμό που μας βοηθούν να γνωρίσουμε καλύτερα κάποιες αδυναμίες του χαρακτήρα μας. Η θλίψη μας σκληραγωγεί και μας εκπαιδεύει ώστε να μπορούμε να αντιμετωπίζουμε δυναμικά τις αντιξοότητες που μπορεί να προκύψουν αργότερα στη ζωή μας. Η αυτογνωσία που προκύπτει μέσα από τις αρνητικές εμπειρίες μας βοηθά να κάνουμε προσπάθειες να αλλάξουμε τον εαυτό μας ώστε να αποφεύγουμε στο μέλλον τις αρνητικές συνέπειες των ανώριμων συμπεριφορών.

Μπορούμε να πούμε ότι συμβαίνει το αντίθετο στην περίπτωση της κατάθλιψης. **Ο άνθρωπος που πάσχει από κατάθλιψη δεν αισθάνεται θλίψη.** Αυτό μπορεί να ακούγεται οξύμωρο, δεδομένου ότι οι άνθρωποι που έχουν κατάθλιψη, βιώνουν μια πολύ δυσάρεστη κατάσταση, που είναι πραγματική και πολύ σοβαρή. Το άτομο δεν κατάφερε – είτε γιατί δεν του επιτρεπόταν, είτε γιατί βίωσε τραυματικές καταστάσεις που ήταν δύσκολο να διαχειριστεί – να επεξεργαστεί τις απώλειες στη ζωή του κι έτσι «μονώθηκε» συναισθηματικά. **Μην μπορώντας το άτομο να βιώσει θλίψη, αποκλείει κι άλλα συναισθήματα, και τελικά νιώθει κενό.** Τα αισθήματα κενού που αισθάνονται οι άνθρωποι με κατάθλιψη είναι μια σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο εννοιών. Το άτομο καταλήγει να εναποθέτει την επίλυση όλων των προβλημάτων στους άλλους –

κάτι το οποίο όμως το οδηγεί να βιώνει συνεχείς ματαιώσεις και ενισχύει τα συναισθήματα κενού. **Ο άνθρωπος που αισθάνεται «νεκρωμένος» συναισθηματικά, καταλήγει να παραιτείται από τη ζωή.** Αυτό που χαρακτηρίζει την κατάθλιψη δεν είναι η παρουσία των αρνητικών αισθημάτων αλλά η μεγάλη ένταση και η μακρά τους διάρκεια.

Ο τρόπος σκέψης και αντιμετώπισης των καταστάσεων που αντιμετωπίζουμε καθημερινά, είναι καθοριστικό στοιχείο για τη γένεση της κατάθλιψης. Οι αρνητικές σκέψεις που μπορεί να έχει ένας άνθρωπος για τον εαυτό του, η ασταμάτητη αυστηρή αυτοκριτική και οι απαισιόδοξες προβλέψεις του για το μέλλον, επηρεάζουν την αντίληψη του για το πως πραγματικά είναι η δική του ζωή.

Συχνά οι άνθρωποι με κατάθλιψη, λόγω ενός συγκεκριμένου τρόπου σκέψης, ενώ έχουν πετύχει κάτι πολύ σημαντικό, στην ουσία το βιώνουν ως μια αποτυχία ή ένα πικρό γούρτισμα. Θεωρούν ένα εμπόδιο ή μια δυσκολία σαν μια προσωπική αποτυχία. Η απαισιόδοξη αυτή προσέγγιση, τους κάνει να τα βλέπουν όλα μαύρα και ανέλπιστα. Έστω και εάν είναι επιτυχημένοι και έχουν αξιοζήλευτα αποτελέσματα στη ζωή, εντούτοις εγκλωβίζονται σε μια παγίδα αρνητικών σκέψεων που τους βασανίζει οδηγώντας τους στα αδιέξοδα της κατάθλιψης.

Η διαφορά αυτού του συναισθήματος από το φυσιολογικό είναι ότι στην Κατάθλιψη το καταθλιπτικό συναίσθημα έχει μεγάλη ένταση και είναι μόνιμο. Δεν επηρεάζεται από τις καταστάσεις που ζει ο ασθενής, π.χ., ο ασθενής δεν θα γελάσει και δεν θα αισθανθεί παροδικά καλύτερα όταν συμβεί κάτι χαρούμενο. Επίσης, στην κατάθλιψη το συναίσθημα μπορεί να είναι χειρότερο το πρωί σε σχέση με το βράδυ, ενώ στους φυσιολογικούς ανθρώπους, που απλά νιώθουν στεναχωρημένοι, η διάθεση είναι συνήθως καλύτερη όταν σηκώνονται το πρωί.

Ο καταθλιπτικός χαρακτηρίζεται από μια αδράνεια διότι **δεν βρίσκει** κίνητρα να δράσει. Η απουσία της θέλησης για δράση οφείλονται καθαρά στην έλλειψη ελπίδας κ χωρίς αυτή το άτομο χάνει την ευχαρίστηση. Η ανηδονία είναι ένα από τα κύρια χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού. Το πρόβλημα είναι ότι ο καταθλιπτικός αισθάνεται ότι τίποτε δεν μπορεί να τον παρηγορήσει. Ακόμη και όταν γνωρίζει τι είναι αυτό που θα μπορούσε να ανεβάσει τη διάθεσή του, αδυνατεί να το πράξει. Η γνώση από μόνη της δεν μπορεί να τον ελευθερώσει. Γνωρίζει αλλά αδυνατεί. Αυτό που νιώθει περισσότερο από οτιδήποτε είναι μια παντελής έλλειψη να επιθυμήσει κάτι, να εμπνευσθεί από κάτι, να ενδιαφερθεί για κάτι. Σαν να έχει αρρωστήσει μέσα του ο ψυχικός μηχανισμός που τον καθιστά ικανό να δημιουργήσει δεσμούς νοήματος με την πραγματικότητα. Έχει διαταραχθεί η ικανότητά του να επιθυμεί και να προσπαθεί να ικανοποιήσει αυτές του τις επιθυμίες. Γνωρίζει τι είναι αυτό που θα έπρεπε να τον ενδιαφέρει αλλά δεν νιώθει να τον ενδιαφέρει. Γνωρίζει τι είναι αυτό που θα έπρεπε να του αρέσει αλλά του αρέσει. Και αδυνατεί να ελπίζει ότι σε λίγο καιρό θα νιώθει καλύτερα. Έχει χάσει την ελπίδα ή

καλύτερα η ελπίδα έπαυσε να λειτουργεί μέσα του. Η κατάθλιψη δεν επιτρέπει στην παρούσα φάση της ζωής του να ελπίζει.

Ακριβώς επειδή έχει διαταραχθεί η ικανότητά του να επιδιώκει αυτό που είναι ωφέλιμο για αυτόν και για τους άλλους κατακλύζετε από ενοχές και κατηγορεί τον εαυτό του για όσα δεν μπορεί να καταφέρει. Νιώθει παγιδευμένος ανάμεσα στην ενοχή και την έλλειψη επιθυμίας να πράξει..

**Συμπερασματικά** η θλίψη είναι μια υγιής συναισθηματική κατάσταση, ενώ η κατάθλιψη αποτελεί σοβαρή, και αρκετά συχνή, ψυχική διαταραχή ( [www.stress.gr](http://www.stress.gr), [www.katathlipsi.gr](http://www.katathlipsi.gr))

## **B. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ DSM-IV**

Για να διαγνωστεί η κατάθλιψη στην περίπτωση κάποιου ασθενούς, θα πρέπει να παρουσιάζονται **τουλάχιστον 5** από τα παρακάτω συμπτώματα, **τουλάχιστον για 15 μέρες συνεχώς** και μέσα σε αυτά **να περιλαμβάνεται τουλάχιστον το ένα από τα δύο πρώτα**. Θα πρέπει ταυτόχρονα να έχουν αποκλειστεί οι περιπτώσεις σωματικών νόσων ή οι επιδράσεις κάποιων ουσιών ή φαρμάκων που προκαλούν κατάθλιψη. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, 1994)

Τα κριτήρια αυτά είναι τα εξής:

1. Καταθλιπτική διάθεση, σχεδόν κάθε μέρα και κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας
2. Απώλεια του ενδιαφέροντος ή μείωση της ευχαρίστησης από δραστηριότητες που ήταν ευχάριστες στο παρελθόν
3. Μείωση ή αύξηση της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα τη μείωση ή αύξηση του βάρους
4. Δυσκολία στον ύπνο που μπορεί να πάρει τη μορφή της αϋπνίας ή υπερυπνίας, σχεδόν καθημερινά
5. Ψυχοκινητική ανησυχία ή ψυχοκινητική επιβράδυνση, καθημερινά
6. Εύκολη κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας
7. Ιδέες ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας
8. Δυσκολία στη συγκέντρωση, βραδύτητα στη σκέψη και δυσχέρεια στη λήψη των αποφάσεων
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή ιδέες αυτοκτονίας
10. Διαταραχή στη σεξουαλική λειτουργία (ανικανότητα, ανηδονία, ψυχρότητα)

## Γ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

Η κατάθλιψη δεν εμφανίζεται με τα ίδια συμπτώματα σε όλους τους ανθρώπους Δεν είναι τυχαίο που χαρακτηρίζεται από τους ψυχιάτρους σαν την ασθένεια με τα χίλια πρόσωπα, που περιλαμβάνει και την ψυχή και το σώμα. Μπορεί να πάρει πολλές μορφές, με ποιοτικές και ποσοτικές παραλλαγές των συμπτωμάτων της ..

Πιο αναλυτικά τα κύρια χαρακτηριστικά ενός καταθλιπτικού είναι:

### **1. Αλλαγή στη διάθεση**

Νιώθει συνεχώς λυπημένος, απογοητευμένος, απελπισμένος, άκεφος. Δακρύζει με το παραμικρό, εκνευρίζετε εύκολα. Είναι ανήσυχος, αγχωμένος, πολλές φορές χωρίς να ξέρει το γιατί. Τον απασχολούν μικροπράγματα, στην καθημερινότητα του για τα οποία στο παρελθόν θα αδιαφορούσε. Παντελής έλλειψη χαράς, δεν απολαμβάνει πια δραστηριότητες και χόμπι που κάποτε τον ευχαριστούσαν.

### **2. Αλλαγές στη σωματική ευεξία**

Αλλαγή στην ποιότητα του ύπνου, αϋπνίες, ξυπνάει συχνά τη νύχτα ή πολύ νωρίς το πρωί ή έχει υπερβολική υπνηλία στη διάρκεια της μέρας. Η όρεξη και το βάρος έχουν μειωθεί, κάποιες φορές όμως μπορεί και να αυξηθούν. Έχει πονοκεφάλους και ναυτία, ζαλάδες, πόνους στα πόδια στα χέρια στο στήθος. Δεν έχει επιθυμία για σεξουαλικές σχέσεις. Όταν ξυπνάει το πρωί, δεν νοιώθει την ευεξία που ο ύπνος επιφέρει. Νοιώθει συνεχώς εκνευρισμένος ένα αίσθημα κόπωσης και εξάντλησης διαβρώνει τις περισσότερες ώρες της ημέρας του, ακόμα και με επαρκή ξεκούραση . Δραστηριότητες που πριν λίγο καιρό τις πραγματοποιούσε εύκολα, τώρα του φαίνονται «βουνό». Πολλές φορές δεν έχει τη διάθεση να σηκωθεί από το κρεβάτι.

### **3. Αλλαγές στον τρόπο σκέψης**

Έντονη αίσθηση ματαιότητας και απαισιοδοξίας. Κατακλύζετε από ιδέες ενοχής, τα βάζει με τον εαυτό του, νιώθει ανάξιος, μόνος, αβοήθητος, εγκλωβισμένος σε αδιέξοδα. Το μέλλον τον τρομάζει, φαντάζει ζοφερό και απειλητικό. Νιώθει τη σκέψη του να μη λειτουργεί δυσκολεύετε να συγκεντρωθεί. Με πολύ κόπο ανακαλεί πληροφορίες που προσφάτως είχε δεχθεί. Σκέπτεστε μόνο τις δυσάρεστες πτυχές των πραγμάτων και τις διογκώνει.

### **4. Αλλαγές στην καθημερινότητα**

Δεν επιθυμεί, πλέον, τη συναναστροφή με ανθρώπους που κάποτε τον ευχαριστούσαν. Δεν έχει διάθεση να μιλήσει, οι κοινωνικές συναναστροφές του προκαλούν ανία έχει έντονα την αίσθηση ότι δεν ανήκει και προτιμά την αποξένωση. Όλα μοιάζουν πληκτικά,, χωρίς νόημα (Ραγιά, 2005).



## Α. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Δεν υπάρχει ένα και μοναδικό αίτιο που θα μπορούσε να ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση των καταθλιπτικών επεισοδίων. Η κατάθλιψη είναι μια νόσος πολυπαραγοντική και οφείλεται στην αλληλεπίδραση γενετικών, βιολογικών και ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Οι βαρύτερες μορφές της προκαλούνται κυρίως από βιολογικούς παράγοντες, ενώ οι ηπιότερες από ψυχοκοινωνικούς. Η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Επί της ουσίας, πρόκειται για μια αμφίδρομη σχέση: η νευροχημεία του εγκεφάλου μας επηρεάζει την εμπειρία μας τόσο, όσο και η εμπειρία μας επηρεάζει την νευροχημεία μας. Με άλλα λόγια, οι επιλογές που έχουμε κάνει στη ζωή μας, η προσωπικότητα και οι δεξιότητες που έχουμε αποκτήσει στον χειρισμό προβλημάτων, οι κοινωνικές συνθήκες γύρω μας συνεισφέρουν εξίσου με την γενετική μας ταυτότητα στην εμφάνιση κατάθλιψης.

### Πιο Αναλυτικά:

#### **1. Γενετικοί παράγοντες**

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

#### **2. Νευροενδοκρινικοί παράγοντες (ορμόνες)**

Η σχέση ορμονών και κατάθλιψης έχει επισημανθεί εδώ και αρκετά χρόνια. Οι ερευνητές πιστεύουν ότι η αύξηση ή μείωση συγκεκριμένων ορμονών μπορεί να επηρεάσει τη φυσική χημεία του εγκεφάλου και να οδηγήσει στην κατάθλιψη.

Οι ενδείξεις για συμμετοχή ορμονικών παραγόντων στην παθογένεση της κατάθλιψης προκύπτουν από διαπιστώσεις, όπως ότι πολλές ορμονικές διαταραχές συνοδεύονται από κατάθλιψη με συχνότητα μεγαλύτερη από την αναμενόμενη (π.χ. υποθυρεοειδισμός, νόσος Cushing, νόσος Addison). Επίσης, ορμονικές μεταβολές που συμβαίνουν πριν την έμμηνο ρύση, μετά την εμμηνόπαυση και κατά την λοχεία, συχνά συνοδεύονται από κατάθλιψη. Όλες αυτές είναι περίοδοι κατά τις οποίες μειώνονται τα επίπεδα των οιστρογόνων. και κατάθλιψης σε ορισμένους άντρες. Σε γενικές γραμμές, παρόλο που κάποια σύνδεση ανάμεσα στις γεννητικές ορμόνες και την κατάθλιψη θεωρείται σίγουρη, δεν είναι ακόμη πλήρως κατανοητή.

Τέλος, διερευνάται η σχέση της κατάθλιψης με τις "ορμόνες του στρες" (κορτιζόλη και άλλες). Ενδέχεται τα άτομα με κατάθλιψη να έχουν αυξημένη δραστηριότητα στο ορμονικό σύστημα που ρυθμίζει την αντίδραση του σώματος στο στρες. Η αύξηση της κορτιζόλης και των άλλων ορμονών του στρες (ειδικά κατά το χρόνιο στρες ή ένα επεισόδιο έντονου στρες) ίσως επηρεάζει τη φυσική χημεία του εγκεφάλου αυξάνοντας τον κίνδυνο κατάθλιψης.

### **3. Σωματικά νοσήματα**

Ένα σοβαρό σωματικό νόσημα είναι φυσικό να συμβάλλει στην κατάθλιψη, δρώντας ως μη ειδικός στρεσογόνος παράγοντας. Το σοκ της ανακάλυψης του πάσχοντος από σοβαρή ασθένεια μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια της αυτοπεποίθησης ή στη βίαιη συνειδητοποίηση της θνητότητας. Υπάρχουν όμως ορισμένα νοσήματα που σχετίζονται πιο στενά με την κατάθλιψη, όπως η νόσος του Parkinson, η επιληψία, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, οι όγκοι που επηρεάζουν τη λειτουργία περιοχών του εγκεφάλου οι οποίες ρυθμίζουν το συναίσθημα..

### **4. Χρήση- Κατάχρηση ουσιών**

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.

### **5. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες**

**Στρεσογόνα γεγονότα- Ψυχοπιεστικές καταστάσεις της ενήλικης ζωής- Οικογενειακοί παράγοντες και Ψυχοπιεστικές καταστάσεις στα πρώτα χρόνια της ζωής.**

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:**

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

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.

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.

Από ερευνητικά δεδομένα προκύπτει ότι η σχέση με τους γονείς κατά την παιδική ηλικία παίζει μεγάλο ρόλο για τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή.

#### **Συνθήκες κατά την παιδική ηλικία που μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, είναι:**

Ø Η στέρηση των γονέων (π.χ. απώλεια ενός γονέα λόγω θανάτου)

Ø "Ψυχρή", σκληρή και ελεγκτική ανατροφή: Οι ενήλικες που έχουν εμφανίσει κατάθλιψη μιλούν περίπου 10 φορές πιο συχνά για ψυχρή ανατροφή σε σύγκριση με άτομα που δεν έχουν κατάθλιψη. Είναι λογικό να σκεφθούμε ότι τα άτομα που υποφέρουν από κατάθλιψη ανακαλούν την σχέση με τους γονείς τους ως ψυχρή, καθώς ο τρόπος σκέψης τους είναι αρνητικά επηρεασμένος από την κατάθλιψη. Οι μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι έχουν την ίδια ανάμνηση και περιγράφουν την ανατροφή τους με τον ίδιο τρόπο ακόμα και μετά την ανάρρωσή τους. Ακόμα και όσοι μάρτυρες μπορούν να δώσουν στοιχεία γι' αυτό, περιγράφουν την ανατροφή αυτών των ατόμων με τον ίδιο τρόπο.

Ø Έκθεση σε σωματική ή φυσική βία, σωματική και σεξουαλική κακοποίηση

Ø Συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις

Ø Γονείς που χρησιμοποιούσαν τα αισθήματα ντροπής ως μέσο ανατροφής

Ø Γονείς που έδειχναν ανοιχτά την προτίμησή τους σε άλλα αδέρφια

Ø Γονείς που υπήρξαν αδικαιολόγητα απαιτητικοί, για παράδειγμα αναφορικά προς τις σχολικές επιδόσεις (επικριτικοί γονείς που θεωρούν δεδομένη κάθε επιτυχία αλλά είναι σκληροί στην αποτυχία).

Ø Αλκοολικοί γονείς (Μάνου, 1999)

## Ε. ΘΛΙΨΗ Η΄ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Οι επιστήμονες έχουν προσπαθήσει να εξηγήσουν την σύνδεση μεταξύ των "τραυμάτων" του παρελθόντος και την κατάθλιψη. Από την μία μεριά, έχει να κάνει με τον τρόπο με τον οποίο αντιδρά το ανθρώπινο σώμα στον κίνδυνο και το στρες: Όταν αντιμετωπίζουμε ένα πραγματικό ή φανταστικό κίνδυνο, στο σώμα μας εκκρίνονται ορμόνες που το κάνουν να μπει σε φάση μεγάλης έντασης προκειμένου να "ξυπνήσει" και να ανταπεξέλθει στον κίνδυνο. Αυτές οι αλλαγές στην έκκριση των ορμονών, ειδικά όταν είναι μακροχρόνιες, επηρεάζουν την δραστηριότητα του εγκεφάλου. Από την άλλη μεριά, η αντιμετώπιση του στρες είναι μια ικανότητα που μαθαίνεται μέσα από τις εμπειρίες ήδη από την παιδική ηλικία. Όταν ένα παιδί δεν έχει μάθει πώς να αντιμετωπίζει τα προβλήματα με υγιείς και αποτελεσματικούς τρόπους, ίσως να μην μπορέσει να αντιμετωπίσει επαρκώς το στρες και ως ενήλικας. ([www.stress.gr](http://www.stress.gr))

## ΣΤ. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ- ΜΟΡΦΕΣ

Η ανασκόπηση της συμπτωματολογίας της κατάθλιψης κάνει σαφή την μεγάλη ποικιλομορφία των συμπτωμάτων που την χαρακτηρίζει. Αν αναλογισθούμε επιπλέον την ποικιλία των τύπων της κατάθλιψης ανάλογα με την ύπαρξη και την μορφή των εκλυτικών παραγόντων, το οικογενειακό ιστορικό, την πορεία και τις επιπλοκές της νόσου, το φάσμα γίνεται πραγματικά απεριόριστο.

### Η κατάθλιψη μπορεί να ταξινομηθεί με τους ακόλουθους τρόπους:

#### ➤ **Πρωτοπαθής - Δευτεροπαθής**

Η κύρια διαφορά είναι ότι στην δευτεροπαθή, η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια ενός άλλου νοσήματος – πχ. τη νόσο του Πάρκινσον. Επίσης η κατάθλιψη μπορεί να εμφανισθεί κατά τη διάρκεια μίας άλλης πάθησης - Αγοραφοβία.

Αρκετές φορές η κατάθλιψη είναι η *πρώτη εκδήλωση* ενός άλλου νοσήματος που απαιτεί ειδική θεραπεία, έτσι η διάγνωση της πρωτοπαθούς κατάθλιψης πρέπει να μπαίνει αφού έχουν αποκλειστεί όλα τα άλλα νοσήματα που μπορεί να εμφανίσουν σαν μια από τις εκδηλώσεις τους κατάθλιψη.

#### ➤ **Ανάλογα με την Σοβαρότητά της**

σε σοβαρή - μέτρια - ελαφριά. Στη σοβαρή μορφή εμφανίζονται όλα σχεδόν τα συμπτώματα και η κατάθλιψη έχει επηρεάσει σχεδόν όλες τις καθημερινές μας

δραστηριότητες και η λειτουργικότητας μας είναι σημαντικά μειωμένα . Η κατάθλιψη αυτή ονομάζεται Μείζονα Κατάθλιψη.

➤ **Ανάλογα με την Κλινική Μορφή**

**Ανάλογα με την κλινική της μορφή, η κατάθλιψη μπορεί να ταξινομηθεί ακολούθως:**

- ✓ Η **μείζον κατάθλιψη**, η οποία ξεκινάει με ένα *μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο* . Σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV, μιλάμε για μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο αν τουλάχιστον 5 από τα συμπτώματα εμφανιστούν σε διάρκεια 2 εβδομάδων και σηματοδοτούν μία αλλαγή από την προηγούμενη ψυχική κατάσταση που συνοδεύεται από κλινικά σημαντικό άγχος ή μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής λειτουργικότητας.
- ✓ Η **ψυχωτική κατάθλιψη** είναι από τις πιο σοβαρές και επικίνδυνες μορφές κατάθλιψης, σε αυτή την μορφή κατάθλιψης ένα άτομο μπορεί να έχει παραισθήσεις ή να γίνει παρανοϊκό. Σε ένα επεισόδιο ψυχωτικής κατάθλιψης ένα άτομο μπορεί αναβιώσει συναισθησία, παραισθήσεις και σπασμωδική συμπεριφορά.

Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι μια χρόνια, κυκλική κατάσταση. Γενικά ένα άτομο μπορεί να έχει ήπια επεισόδια κατάθλιψης με στιγμές ακραίας ψύχωσης. Η αυτοκτονία είναι κοινή σε άτομο με ψυχωτική κατάθλιψη. Έντονο άγχος και/ή χρήση ουσιών μπορεί να προκαλέσει ένα επεισόδιο ψύχωσης.

Εκτός από τα συνηθισμένα συμπτώματα, εμφανίζονται **ψευδαισθήσεις**, ακούμε φωνές, χωρίς όμως να υπάρχουν άνθρωποι στο περιβάλλον. Αποκτούμε ψευδείς πεποιθήσεις που δεν στηρίζονται σε κανένα πραγματικό γεγονός, πιστεύουμε απόλυτα ότι είμαστε ένοχοι για πράξεις του παρελθόντος και γι' αυτό αξίζει ακόμη και να πεθάνουμε. Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι σοβαρή μορφή και μπορεί **να απαιτεί νοσηλεία**.

**Συμπτώματα:**

- Αποφυγή συναναστροφής με άλλους
- Ψυχική Αναστάτωση - Αναταραχή
- Ψυχοκινητικές διαταραχές
- Συναισθήματα παθολογικής ενοχής
- Αυτοκαταστροφικές σκέψεις
- Σκέψεις και Απόπειρα Αυτοκτονίας
- Ακουστικές ή/και οπτικές παραισθήσεις
- Αίσθημα ότι Τρελαίνεσαι
- Θυμός - Οργή

- Επιθετικότητα
- Απογοήτευση
- Απόγνωση
- Απελπισία
- Αποφυγή συζήτησης του προβλήματος

#### ✓ **Η δυσθυμία**

Δυσθυμία ονομάζεται η σχετικά ήπια μορφή κατάθλιψη, που τις περισσότερες φορές αναγνωρίζουμε στην καθημερινότητά μας, ως ένα συνδυασμό επίμονης μελαγχολίας, "κακοκεφιάς" και έλλειψης ενδιαφέροντος για τη ζωή.

Μπορεί να μην περιλαμβάνει τα πιο ανησυχητικά συμπτώματα της βαριάς κατάθλιψης (όπως π.χ. αυτοκτονικότητα), είναι όμως συχνά μία χρόνια επώδυνη κατάσταση, η οποία χρήζει προσοχής.

Η δυσθυμία είναι μια μορφή χρόνιας κατάθλιψης, η οποία είναι μεν μέτρια σε σοβαρότητα, αλλά επειδή εκτείνεται στον χρόνο, δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση ανεπάρκειας. Είναι χρόνια, μικρής έντασης, καταθλιπτική διάθεση που διαρκεί τουλάχιστον για 2 έτη. Παρότι μπορούμε και ανταπεξερχόμαστε στις καθημερινές μας δραστηριότητες, νιώθουμε πάντα ότι κάτι μας κρατάει από το να μπορούμε να νιώσουμε καλά. Χαρακτηρίζεται από μακροπρόθεσμα και λιγότερο σοβαρά συμπτώματα που δεν ακινητοποιούν το άτομο, αλλά μειώνουν την ποιότητα ζωής του σημαντικά.

Είναι αυτό που αποκαλούν στην ιατρική μικρή ή λανθάνουσα κατάθλιψη, που με τον καιρό μπορεί να αυξήσει της συμπτωματολογία της στο επίπεδο της μείζονος κατάθλιψη με την γνωστή διαταραχή.

Τυπικά παρατηρούμε μεταξύ δυσθυμίας και μείζονος κατάθλιψης σε κλινικό επίπεδο μια εναλλαγή που μπορεί να διαρκέσει χρόνια, αλλά σχεδόν πάντα με νικητή την μείζονα κατάθλιψη.

Σαν μορφή κλινικής κατάθλιψης, υποτίθεται ότι είναι "ηπιότερη" από την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή, επειδή τα συμπτώματα δεν παρατηρούνται απαραίτητως καθημερινά. Αντίθετα από τους ασθενείς που πάσχουν από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή οι ασθενείς με δυσθυμική διαταραχή δεν είναι αποσυρμένοι, είναι ακόμα ικανοί να εργαστούν, και δεν φαίνονται να είναι άρρωστοι. Αλλά τα περισσότερα από αυτά τα άτομα παραπονιούνται ότι δεν νοιώθουν ότι είναι "φυσιολογικοί" ή δεν νιώθουν "ευτυχισμένοι" για μεγάλα χρονικά διαστήματα.

Επιπλέον, η δυσθυμική διαταραχή εκδηλώνεται με έλλειψη κινήτρου και κίνησης. Ως εκ τούτου, οι συγγενείς και οι φίλοι τείνουν να παρερμηνεύσουν τη διάθεσή τους και τη συμπεριφορά τους. Μερικοί ασθενείς αποκτούν την ταμπέλα του "οκνηρού" ή ότι "δεν κινητοποιούνται αρκετά" για να πετύχουν σημαντικούς στόχους.

Με το πέρασμα του χρόνου , οι ασθενείς με αυτή την διαταραχή έχουν σημαντικές δυσκολίες να λειτουργήσουν. Όμως, επειδή εμφανίζονται ακόμα φυσιολογικοί, η ασθένεια δεν αναγνωρίζεται και οι ασθενείς δεν αντιμετωπίζονται θεραπευτικά έγκαιρα

Η ελαφριά χρόνια κατάθλιψη ή δυσθυμία είναι συνηθισμένο πρόβλημα, που επηρεάζει μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού, ιδίως γυναίκες. Η δυσθυμία χαρακτηρίζεται από συμπτώματα ελαφρότερα από αυτά της κατάθλιψης, αλλά επίμονα, που διαρκούν για χρόνια.

Περιλαμβάνουν ατονία, «βαριεστιμάρα», έλλειψη κινήτρων για δραστηριότητες ή ακόμη και καθημερινές δουλειές, απάθεια, ληθαργικότητα, αργές κινήσεις, συνεχή κόπωση χωρίς οργανικά αίτια, δυσκολίες στον ύπνο (αϋπνία, ή υπερβολική ανάγκη για ύπνο), διαταραχές στην όρεξη για τροφή, επιθυμία να μένει το άτομο συνέχεια στο κρεβάτι, σκέψεις αναξιότητας, απόλυτες σκέψεις απαισιοδοξίας, διαστρέβλωση των πληροφοριών από το περιβάλλον, ώστε το άτομο πάντα να μειώνει τον εαυτό του και να βλέπει μόνο τα αρνητικά, έλλειψη ικανοποίησης από τη ζωή, μοναξιά, έλλειψη χαράς από καθημερινά πράγματα.

Μακροπρόθεσμα όμως η δυσθυμία είναι επώδυνη και μπορεί, αν δεν υπάρξει άλλη παρέμβαση, σε κάποιες περιπτώσεις ή μετά από δυσχερή συμβάντα, να επιδεινωθεί σε κατάθλιψη.

#### **Συγκεντρωτικά χαρακτηριστικά:**

- Χαμηλή απόδοση στη δουλειά/σχολείο
- Κοινωνική απόσυρση
- Δειλία
- Εκνευρισμός, επιθετικότητα
- Συγκρούσεις με οικογένεια και φίλους
- Δυσκολίες στον ύπνο
- Προβλήματα όρεξης
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση
- Δυσκολία συγκέντρωσης
- Δυσκολία λήψης αποφάσεων
- Χαμηλή ενέργεια
- Αίσθηση ματαιότητας
- Ιστορικό κατάθλιψης στην οικογένεια

### ✓ Άτυπη κατάθλιψη.

Η άτυπη κατάθλιψη είναι μια υποκατηγορία δυσθυμίας και κλινικής κατάθλιψης και χαρακτηρίζεται από αντιδραστικότητα της διάθεσης (ο ασθενής είναι ικανός να βιώνει καλυτέρευση της διάθεσης σε ευχάριστα γεγονότα) και θετικότητα.

Η άτυπη κατάθλιψη τείνει να προκαλεί περισσότερη δυσλειτουργία στον ασθενή από όλες τις άλλες μορφές κατάθλιψης. Επίσης άτομα με άτυπη κατάθλιψη βιώνουν αύξηση βάρους και αυξημένη όρεξη για φαγητό, υπνηλία ή υπερυπνία και έντονη κοινωνική φθορά ως συνέπεια της υπερευαισθησίας στην αντιλαμβανόμενη διαπροσωπική απόρριψη. Η άτυπη κατάθλιψη είναι χρόνιο σύνδρομο που τείνει να ξεκινάει σε νεαρότερη ηλικία από τις υπόλοιπες μορφές της κατάθλιψης (συνήθως στην εφηβεία). Άτομα που νοσούν από άτυπη κατάθλιψη συνήθως υποφέρουν και από άλλες διαταραχές, όπως διαταραχή πανικού, κοινωνική φοβία και άλλες διαταραχές. Η άτυπη κατάθλιψη είναι πιο συνηθισμένη στις γυναίκες (κοντά στο 70% των ασθενών με άτυπη κατάθλιψη είναι γυναίκες).

Στην άτυπη κατάθλιψη εμφανίζονται αντεστραμμένα τα συνήθη βιολογικά συμπτώματα της νόσου (π.χ. υπερυπνία αντί για αϋπνία, βουλιμία αντί για ανορεξία). Ο ασθενής κουράζεται εύκολα, αισθάνεται μεγάλη αδυναμία και ατονία, κατακλύζεται από άγχος και φοβίες, αλλά η διάθεσή του βελτιώνεται όταν προκύπτουν θετικά και ευχάριστα γεγονότα.

Η άτυπη κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από διακυμάνσεις της διάθεσης (η διάθεση ανεβαίνει όταν συμβαίνει ένα πραγματικά ή δυνητικά θετικό γεγονός). Επίσης, από σημαντική αύξηση του βάρους ή της όρεξης, αυξημένη διάρκεια ύπνου, αίσθηση ασήκωτου βάρους στα χέρια και στα πόδια και ένα μακροχρόνιο μοντέλο ευαισθησίας στη διαπροσωπική απόρριψη που οδηγεί σε σημαντική διαταραχή της λειτουργικότητας του ατόμου.

Άλλα συμπτώματα άτυπης κατάθλιψης περιλαμβάνουν υποχονδριακές ενασχολήσεις, αδικαιολόγητες απουσίες από τη δουλειά, μειωμένη σχολική απόδοση, κοινωνική απόσυρση, απώλεια της αίσθησης του χιούμορ, έλλειψη κινητικότητας.

Η κατάθλιψη με άτυπα χαρακτηριστικά είναι πιο κοινή στις γυναίκες, σε ασθενείς με μικρότερη ηλικία έναρξης και σε όσους εμφανίζουν πιο χρόνια πορεία της ασθένειας.

#### **Χαρακτηριστικά:**

- Εύκολη κόπωση
- Αδυναμία – Ατονία
- Άγχος
- Φοβίες
- Αλλαγές στη Διάθεση
- Υποχονδριακές Ενοχλήσεις



- Μειωμένη Απόδοση
- Κοινωνική Απόσυρση
- Διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης (ευερεθιστότητα)
- Υπερυπνία (το να κοιμάσαι πολύ, το αντίθετο της αϋπνίας που υπάρχει στην μελαγχολική κατάθλιψη)
- Αίσθημα ότι τα χέρια ή τα πόδια κάποιου είναι πολύ βαριά
- Σημαντική αύξηση βάρους και αύξηση της όρεξης για φαγητό – Βουλιμία

✓ **Ήπια ή Ελάσσων Καταθλιπτική Διαταραχή:**

Τα συμπτώματα της είναι **πιο ήπια από της μείζονος. Πιο συγκεκριμένα διαφέρει από την μείζονα στα εξής:**

- Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι πιο ήπιο.
- Συχνά υπάρχουν νευρωτικά συμπτώματα . . . άγχος, ευερεθιστότητα, υπερβολική ενασχόληση με σωματικά συμπτώματα.
- Ο κίνδυνος αυτοκαταστροφής είναι πολύ μικρότερος ή απουσιάζει τελείως.
- Χαμηλή αυτοεκτίμηση και συνεχείς κατηγορίες προς τους άλλους
- Δεν υπάρχει συνήθως απώλεια βάρους.
- Δεν υπάρχουν συνήθως διαταραχές στην σεξουαλική επιθυμία.
- Η εμφάνιση και η συμπεριφορά δεν θυμίζουν καταθλιπτικό επεισόδιο, δεν υπάρχει βραδύτητα στις κινήσεις, λυπημένη έκφραση, παραμελημένη αμφίεση.

✓ **Διπολική ή Μανιο-καταθλιπτική διαταραχή**

Μερικές φορές η κατάθλιψη εμφανίζεται στα πλαίσια της λεγόμενης διπολικής διαταραχής. Περιλαμβάνει διαστήματα κατάθλιψης ,ο ένας πόλος και διαστήματα της αντίθετης κατάστασης η οποία ονομάζεται μανία, που μπορεί να την φανταστεί κάποιος σαν παθολογική ευφορία ,ο άλλος πόλος. Οι δυο αυτοί κύκλοι εναλλάσσονται αλλά μεταξύ τους, καθώς μεσολαβούν διαστήματα που είμαστε απόλυτα φυσιολογικοί.

Η μανιοκατάθλιψη, θεωρείται μια διαταραχή της εγκεφαλικής λειτουργίας, η οποία φέρει ασυνήθιστες εναλλαγές της συναισθηματικής διάθεσης, της δραστηριότητας και της γενικότερης λειτουργικότητας του ατόμου. Ο ασθενής παρουσιάζει σε κάποιες φάσεις της ζωής του μανία και σε κάποιες άλλες κατάθλιψη.

Σε αντίθεση με τη συνήθη μεταβλητότητα της διάθεσης, τα "πάνω" και τα "κάτω", στην περίπτωση της μανιοκατάθλιψης, οι εναλλαγές αυτές έχουν ιδιαίτερα σοβαρό χαρακτήρα. Συνοδεύονται από σημαντική έκπτωση στον κοινωνικό και επαγγελματικό τομέα της ζωής του

ατόμου ή στη σχολική επίδοση, ακόμη και μερικές φορές και από αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ωστόσο, η διπολική διαταραχή είναι δυνατό να αντιμετωπιστεί αποτελεσματικά, δίνοντας στο άτομο τη δυνατότητα να έχει μια παραγωγική ζωή.

Εμφανίζεται συνήθως περί το τέλος της εφηβείας ή νωρίς στην ενήλικη ζωή, ενώ δεν αποκλείεται τα πρώτα συμπτώματα να παρουσιαστούν κατά την παιδική ηλικία ή ακόμη και πολύ αργότερα στη ζωή. Η μανιοκατάθλιψη επηρεάζει τόσο τη συναισθηματική διάθεση όσο και τη λογική σκέψη. Κινητοποιεί ανεπιθύμητες ή ακραίες συμπεριφορές και συχνά περιορίζει την ίδια την επιθυμία, τη θέληση του ατόμου να ζήσει. Αν και θεωρείται ότι έχει κυρίως νευροβιολογική βάση, το άτομο βιώνει την ψυχολογική διάσταση του προβλήματος. Ακόμη και στις περιπτώσεις που το άτομο παρουσιάζει ευφορία, αυτή δεν είναι ευχάριστη και το άτομο πραγματικά υποφέρει.

Το άτομο που πάσχει από μανιοκατάθλιψη μπορεί κατά καιρούς να αισθάνεται πολύ ευτυχισμένο, γεμάτο ενέργεια και να νιώθει ότι μπορεί να κάνει τα πάντα. Όταν βρίσκεται σε αυτή την ψυχική κατάσταση δυνατόν να μην θέλει να ξεκουραστεί. Η ψυχική αυτή κατάσταση ονομάζεται μανία.

Σε άλλες χρονικές περιόδους το άτομο με τη νόσο μπορεί να νιώθει μεγάλη λύπη και κατάθλιψη. Όταν βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση δεν θέλει να κάνει τίποτα.

Οι δύο αυτές φάσεις, η πρώτη είναι η μανία και η δεύτερη είναι η κατάθλιψη, αποτελούν τις δύο χαρακτηριστικές ψυχικές καταστάσεις της διπολικής διαταραχής.

Οι ασθενείς μπορεί να περνούν γρήγορα από τη μία ψυχική κατάσταση στην άλλη και τ ανάποδο. Στα μεσοδιαστήματα των κρίσεων της μανιοκατάθλιψης οι ασθενείς έχουν μια φυσιολογική ψυχική διάθεση.

Η σοβαρότητα της νόσου (φάσμα διπολικής διαταραχής) εξαρτάται από τον αριθμό και συχνότητα των επεισοδίων, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων, τη χρονικότητα, τις μειονεξίες που προκαλεί και τη συνύπαρξη ή όχι άλλων παθήσεων.

### **Συμπτώματα Μανίας:**

1. Υπερβολικό αίσθημα ευτυχίας που συνοδεύεται από άκρατη ενεργητικότητα
2. Αίσθημα μεγάλης δύναμης και σπουδαιότητας
3. Ευφορία, υπερβολική αισιοδοξία
4. Αυξημένο αίσθημα αυτοεκτίμησης
5. Ταχύτητα σκέψεων και ομιλίας σε σημείο που οι άλλοι δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τη ροή των συλλογισμών του ασθενούς
6. Απουσία ανάγκης για ξεκούραση και ύπνο
7. Ευερεθιστικότητα, επιθετικότητα και ευκολία θυμού
8. Δυσκολίες συγκέντρωσης και προσοχής

9. Υπερβολικές δαπάνες χρημάτων
10. Κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών
11. Σεξουαλικές δραστηριότητες χωρίς προφυλάξεις με κίνδυνο προσβολής του πάσχοντος από μανιοκατάθλιψη από ασθένειες που μεταδίδονται από το σεξ και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη

### **Συμπτώματα Κατάθλιψης:**

1. Μεγάλη λύπη και καταπόνηση
2. Νωθρότητα, ληθαργία
3. Συνεχές αίσθημα κούρασης και εξάντλησης
4. Δυσκολίες στους συλλογισμούς, στην προσοχή, στη συγκέντρωση, στη μνήμη και στη λήψη αποφάσεων
5. Διαταραχές του ύπνου με αϋπνία ή αντίθετα πολλές ώρες ύπνου
6. Απουσία ενδιαφέροντος για πράγματα που ο ασθενής αγαπούσε να κάνει πρωτότερα
7. Αισθήματα αχρηστίας, αναξιότητας, ενοχών
8. Σκέψεις για θάνατο ή για αυτοκτονία
9. Εύκολο κλάμα, κάποτε και χωρίς εμφανή λόγο
10. Ευερεθιστικότητα, υπερκινητικότητα ή αντίθετα επιβράδυνση της λειτουργικότητας του πάσχοντος
11. Πονοκέφαλοι, πόνοι στην πλάτη
12. Ψυχοσωματικά προβλήματα στο πεπτικό σύστημα

Στο φάσμα της διπολικής διαταραχής περιλαμβάνονται οι τύποι 1 (τουλάχιστον ένα επεισόδιο μανίας, με ή χωρίς προηγούμενα επεισόδια κατάθλιψης) και 2 (με υπομανιακό επεισόδιο και μεγαλύτερες περιόδους κατάθλιψης), οι μικτές μορφές (ταυτόχρονη εκδήλωση μανίας και κατάθλιψης) και η ταχέως εναλλασσόμενη κυκλική μορφή. Στις πολύ σοβαρές μορφές της νόσου μπορεί να παρατηρηθεί απόσπαση του ασθενούς από την πραγματικότητα με συμπτώματα ψύχωσης (παραισθήσεις, ψευδαισθήσεις).

Η **κυκλοθυμία** είναι μια ήπια μορφή διπολικής διαταραχής με αλλαγές της διάθεσης και συμπτώματα μανίας και κατάθλιψης αλλά όχι τόσο σοβαρά όσο στην πλήρη μορφή της μανιοκατάθλιψης.

- ✓ **Μελαγχολία:** Τα άτομα με κατάθλιψη μελαγχολικού τύπου είναι λιγότερο πιθανό να έχουν διαταραχή προσωπικότητας ή να έχουν κάποιο συγκεκριμένο παράγοντα που προδιαθέτει την εμφάνιση της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη μελαγχολικού τύπου επηρεάζει εξίσου και τα δύο φύλα και είναι συνήθως πιο βαριά και κοινότερη στα άτομα

μεγαλύτερης ηλικίας. Είναι χειρότερη το πρωί και εμφανίζει αφύπνιση πολύ νωρίς το πρωί, κινητική επιβράδυνση ή ανησυχία, σημαντική απώλεια βάρους ή ανορεξία, και υπερβολικές ή αδικαιολόγητες ενοχές.

**Εποχική Διαταραχή της Διάθεσης:** χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τους χειμερινούς μήνες, όταν μειώνεται το φως της μέρας. Η κατάθλιψη συνήθως περνάει την άνοιξη και το καλοκαίρι (Ραγιά, 2005, [www.katathlipsi.gr](http://www.katathlipsi.gr))

## **Z. ΣΤΟΙΧΕΙΑ-ΟΜΑΔΕΣ**

Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική & κοινωνική ζωή. Πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές. Η κατάθλιψη καταλαμβάνει **σήμερα** την **4η** και υπολογίζεται ότι θα αναρριχηθεί στην **2η** θέση της κατάταξης **μέχρι το 2020**.

Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους **άγαμους**, τους **διαζευγμένους** και τους **κατοίκους αγροτικών περιοχών**.

Οι **γυναίκες** υποφέρουν από κατάθλιψη, σ' όλες τις χώρες του κόσμου, **δύο φορές συχνότερα** από τους άνδρες. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 12% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσουν μέσα σε ένα έτος. Παρά τις βιολογικές συνιστώσες στην αιτιολογία της κατάθλιψης και τις ορμονικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και τις γυναίκες, πιστεύεται ότι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα ζωής (τοκετοί, ανατροφή παιδιών), στα οποία εκτίθενται οι γυναίκες, διαμορφώνουν τα ποσοστά αυτά. Σχεδόν οι μισές από όλες τις περιπτώσεις κατάθλιψης δεν αναγνωρίζονται και δεν υποβάλλονται σε θεραπεία ενώ 10% περίπου των καταθλιπτικών ασθενών αυτοκτονούν. 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.

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία (από 15-70 χρονών), η **έναρξή** της, όμως, τοποθετείται **συνήθως στη μέση ηλικία** τελευταία χρόνια, έχει παρατηρηθεί ότι εμφανίζεται ολοένα και συχνότερα στην εφηβική ηλικία ή την πρώιμη ενήλικη ζωή.

Τα καταθλιπτικά επεισόδια που ενσκήπτουν σ' αυτές τις ηλικιακές ομάδες έχουν ενοχοποιηθεί για την αυξημένη χρήση αλκοόλ ή άλλων ψυχοδραστικών ουσιών.

Η βαρύτητα της νόσου ποικίλλει. Τα επεισόδια που αναδύονται κυμαίνονται από ήπια έως σοβαρά. Μπορεί να εμφανιστεί ένα και μοναδικό επεισόδιο ή η νόσος να μεταπέσει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή.

Με τα σύγχρονα θεραπευτικά μέσα η κατάθλιψη είναι μια νόσος που μπορεί να αντιμετωπιστεί. Ωστόσο, μόνο το **10-25%** των ασθενών υποβάλλονται σε θεραπευτική αγωγή.

Η πολυμορφία με την οποία εμφανίζεται, η άτυπη πολλές φορές συμπτωματολογία της, η ικανότητά της να υποδύεται και να μιμείται οποιαδήποτε νόσο ξεγελούν πολλές φορές τους μη ειδικούς ιατρούς, με αποτέλεσμα μόνο στο 50% των ασθενών να γίνεται σωστή διάγνωση από τους γενικούς ιατρούς. Επιπλέον, η προκατάληψη και ο στιγματισμός που συνοδεύουν τις ψυχικές διαταραχές αποθαρρύνουν ή αποτρέπουν τους πάσχοντες να απευθυνθούν στους ειδικούς. Γι' αυτόν το λόγο συχνά δεν αναγνωρίζεται (διαγιγνώσκεται) και δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά μια νόσος που μπορεί να επιφέρει δυσμενείς επιπτώσεις στην προσωπική ζωή του ατόμου (κατάχρηση ή εξάρτηση από ουσίες, πρόκληση τροχαίων ατυχημάτων), όπως, επίσης, στις οικογενειακές σχέσεις και στις επαγγελματικές του δραστηριότητες.

Προεξάρχει, βεβαίως, πέραν των οικονομικών και κοινωνικών επιπτώσεων, ο κίνδυνος της αυτοκαταστροφής. Η κατάθλιψη είναι η νόσος που συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία. Ένας στους δέκα ασθενείς επιλέγει την αυτοχειρία ως λύση στον ψυχικό πόνο που τον κατακλύζει και τα αδιέξοδα που θεωρεί ότι τον περιβάλλουν. ([www.katathlipsi.gr](http://www.katathlipsi.gr))

### **Συγκεκριμένα:**

#### **➤ ΓΥΝΑΙΚΕΣ:**

Οι γυναίκες διατρέχουν διπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σύγκριση με τους άνδρες χωρίς να γνωρίζουμε την αιτία.

- Μία στις οκτώ γυναίκες θα πάθει κατάθλιψη σε κάποια φάση της ζωής της.
- Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στις γυναίκες ηλικίας 25-44 ετών.
- Τα κορίτσια ηλικίας 14-18 ετών εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά από τα συνομήλικά τους αγόρια.
- Το 20-49% των γυναικών εμφανίζουν το λεγόμενο προ έμμηνο σύνδρομο (χαρακτηρίζεται από εκνευρισμό, θλίψη και θυμό πριν την εμφάνιση της περιόδου) .

- Το 10-15% των νέων μητέρων παθαίνουν επιλόχεια κατάθλιψη, που συνήθως συμβαίνει μέσα στον πρώτο χρόνο από τη γέννηση του παιδιού. Υπάρχει μεγάλη σχέση ανάμεσα στις διατροφικές διαταραχές (ανορεξία και βουλιμία) και την κατάθλιψη στις γυναίκες.
- Το 90-95% των περιπτώσεων ανορεξίας συμβαίνουν σε νεαρές γυναίκες.
- Μία στις πέντε εγκύους πάσχει από κατάθλιψη

Αν και οι ψυχιατρικές διαταραχές συνολικά είναι εξίσου κοινές σε άντρες και γυναίκες, διπλάσιες περίπου γυναίκες από ότι άντρες φαίνεται να πάσχουν από κατάθλιψη (διάκριση που αρχίζει να εμφανίζεται στα ποσοστά κατάθλιψης στα δύο φύλα κατά την ηλικία της εφηβείας και όχι νωρίτερα). Οι γυναίκες εμφανίζουν – εκτός από τις μορφές κατάθλιψης που βρίσκουμε και στους άντρες – **τα εξής χαρακτηριστικά είδη κατάθλιψης:**

1. **Κατάθλιψη μετά τον τοκετό (επιλόχεια κατάθλιψη)**
2. **Προεμμηνορυσιακή δυσφορική διαταραχή (πριν την έμμηνο ρύση)**
3. **Εμμηνοπαυσιακή κατάθλιψη.**

Έχουν προταθεί διάφορες ερμηνείες για την **τρωτότητα** των γυναικών στην κατάθλιψη. Η μία ομάδα ερμηνειών εστιάζει στο βιολογικό υπόστρωμα του οργανισμού του γυναικείου φύλου:

- α) Οι γυναίκες χρειάζονται το διπλάσιο χρόνο απ' ότι οι άντρες για να συνθέσουν και να αναπληρώσουν τα αποθέματα σεροτονίνης στον εγκέφαλο, μετά από έντονο στρες (η σεροτονίνη είναι ένας από τους νευροδιαβιβαστές και η μείωση της ενοχοποιείται για την εμφάνιση της κατάθλιψης).
- β) Οι έντονες ορμονικές αλλαγές προκαλούν χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο. Ειδικότερα, η απότομη μείωση του επιπέδου των οιστρογόνων είναι πιθανόν να προκαλέσει καταθλιπτικά συμπτώματα (μετά τον τοκετό ή μετά την εμμηνόπαυση). Παρομοίως, οι μικρότερες αλλαγές στις ορμόνες πριν την έμμηνο ρύση μπορούν να έχουν επιπτώσεις στην διάθεση.

### **Βιολογικοί παράγοντες επιβάρυνσης της γυναίκας:**

#### **Εγκυμοσύνη/Λοχεία**

Παλαιότερα υπήρχε η εντύπωση ότι η εγκυμοσύνη ασκούσε προφυλακτική επίδραση στην εκδήλωση ψυχιατρικών προβλημάτων. Όμως, σημαντικού βαθμού κατάθλιψη ή άγχος παρατηρείται σε ποσοστό 10% στο πρώτο τρίμηνο της κύησης. Τα άτομα με προϋπάρχον ψυχιατρικό ιστορικό ή αισθήματα ενδοψυχικής σύγκρουσης σχετικά με την εγκυμοσύνη (όπως προηγούμενο τερματισμό κύησης ή σκέψεις για τερματισμό της τρέχουσας κύησης) και νέες ανύπαντρες μητέρες με περιορισμένη κοινωνική υποστήριξη, βρίσκονται στο μεγαλύτερο κίνδυνο

για την εμφάνιση ψυχιατρικών διαταραχών στην διάρκεια της κύησης. Σε μερικές περιπτώσεις τα ψυχιατρικά συμπτώματα συμβαίνουν σα συνέπεια μιας μη προγραμματισμένης εγκυμοσύνης και στα πλαίσια μιας κακής συντροφικής σχέσης.

Ακολουθώντας τον τοκετό, η επίπτωση των ψυχιατρικών διαταραχών αυξάνει σημαντικά.

Αυτές οι διαταραχές ποικίλουν από την ήπια, συχνή και αυτοπεριοριζόμενη λοχειακή δυσφορία και την επιλόχεια κατάθλιψη, μέχρι τις σπάνιες αλλά σοβαρές επιλόχειες ψυχώσεις. Η επιλόχεια κατάθλιψη εκδηλώνεται στο 10-15% των νέων μητέρων, με έναρξη συνήθως τις πρώτες 6-8 εβδομάδες μετά τον τοκετό. Κατάθλιψη που αναπτύσσεται μετά την γέννηση και κατά την περίοδο της λοχείας. Η περίοδος αυτή, θεωρείται υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης στις γυναίκες, λόγω των μεγάλων ορμονικών αλλαγών που γίνονται μετά τον τοκετό και κατά την περίοδο της λοχείας.

Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια συχνή μορφή ψυχικής διαταραχής που πλήττει τις γυναίκες την τρίτη, η τέταρτη ημέρα της λοχείας και που διαρκεί μερικές ημέρες, αλλά που μπορεί να πάρει και τη μορφή κανονικής κατάθλιψης, συνοδευόμενη από ψυχωσική συμπτωματολογία, στις σοβαρότερες περιπτώσεις. Περισσότερες από το 70% των μητέρων, μετά τη γέννα, εμφανίζουν ελαφρά συμπτώματα κατάθλιψης. Πρόκειται για μια συχνή αντίδραση, τα συμπτώματα της οποίας περιλαμβάνουν κρίσεις αναίτιου κλάματος, ευερεθιστότητα και ανησυχία, που τείνουν γενικά να εξαφανιστούν σε διάστημα λίγων ημερών.

### **Συμπτώματα:**

Πολύ πιο σοβαρά και διαρκή είναι τα συμπτώματα της **επιλόχειας** κατάθλιψης, που μπορεί να διαρκέσουν ακόμα και ένα ολόκληρο χρόνο και περιλαμβάνουν:

- Νωθρότητα
- Κούραση
- Εξάντληση
- Απελπισία
- Ανορεξία
- Αϋπνία ή υπνηλία
- Σύγχυση
- Ευσυκινησία
- Αδιαφορία για το μωρό
- Φόβος μήπως κάνει κακό στο μωρό ή στον εαυτό της
- Απότομες αλλαγές της διάθεσης

Εμφανίζεται σε νέες μητέρες, όταν παρουσιάζουν ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο στο μήνα που ακολουθεί μετά τη γέννα. Οι γυναίκες με επιλόχεια κατάθλιψη αγαπούν τα μωρά τους, αλλά κατακλύζονται από υπερβολικό άγχος και ιδέες αυτομομφής και αναξιότητας. Αμφισβητούν το ρόλο τους ως σωστής, υπεύθυνης και άξιας μητέρας.

### **Αιτίες Επιλόχειας Κατάθλιψης:**

Οι περισσότερες μελέτες αποδίδουν την επιλόχειο κατάθλιψη στις ορμονικές αλλαγές της γυναίκας μετά την γέννα, ειδικά στην πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Παρόμοια ερμηνεία χρησιμοποιείται και στην αιτιολόγηση των προεμμηνορρυσιακών συμπτωμάτων. Στην πραγματικότητα υπάρχουν πολλοί ψυχολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης, συνδεδεμένοι με τις αλλαγές που ακολουθούν τη γέννα: αλλαγή του κοινωνικού ρόλου της γυναίκας, ο φόβος για τις επερχόμενες ευθύνες, οι αλλαγές στη φυσική της εμφάνιση . . .

Η συμπτωματολογία μπορεί να είναι ελαφριά και να εξαφανιστεί σε λίγο διάστημα, αλλά εάν έχει μεγαλύτερη διάρκεια και βαρύτητα (επιλόχειος ψύχωση), απαιτείται η άμεση αντιμετώπιση της..

Στην περίπτωση της κατάθλιψης στη διάρκεια της κύησης και στην επιλόχεια κατάθλιψη, η αλληλεπίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων με τις ορμονικές μεταβολές φαίνεται πως καθορίζει την πιθανότητα νόσησης. Από τους ψυχοκοινωνικούς αυτούς παράγοντες, η δυσαρμονία στο γάμο, το ανεπαρκές κοινωνικό δίκτυο στήριξης και η κακή οικονομική κατάσταση, η νεαρή ηλικία και η κακή συζυγική σχέση σχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο της επιλόχειας κατάθλιψης.

### **Εμμηνόπαυση**

Έχει αναφερθεί η αύξηση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, της ευερεθιστότητας και της αϋπνίας στην εμμηνόπαυση. Τα περισσότερα συμπτώματα πιθανώς συνοδεύουν την κλιμακτήριο, δηλαδή την χρονική περίοδο που ακολουθεί τις πρώτες ανωμαλίες της περιόδου μέχρι την εμμηνόπαυση. Η συχνότητα της κατάθλιψης αυξάνει στη διάρκεια της κλιμακτηρίου ακόμη και σε γυναίκες που δεν είχαν εμφανίσει ποτέ κατάθλιψη μέχρι εκείνη τη στιγμή. Γυναίκες που φαίνεται να είναι ιδιαίτερα ευάλωτες στην κατάθλιψη σε αυτή τη φάση, είναι αυτές με προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, που βιώνουν μια πρόσφατη, σοβαρή ψυχοκοινωνική επιβάρυνση.

Η εμμηνόπαυση πέρα από τη διακοπή της ικανότητας για αναπαραγωγή, σηματοδοτεί επίσης αλλαγή ρόλου για τις γυναίκες, καθώς συμπίπτει συχνά με την αποχώρηση των παιδιών από το σπίτι αλλά και τη συνταξιοδότηση από την εργασία. Έτσι αυτή η εποχή μπορεί να απαιτεί την προσαρμογή σε πολλά νέα δεδομένα, μεταξύ άλλων και του χρόνου που περνά.



Τέλος, οι γυναίκες επίσης βιώνουν μεγάλο άγχος και πίεση σε σχέση με θέματα αναπαραγωγικής υγείας. Η υπογονιμότητα και η υστερεκτομή έχει βρεθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές. (Πλατή, 2006, Ραγιά, 2005, [www.stress.gr](http://www.stress.gr))

➤ **ΑΝΔΡΕΣ:**

Η κατάθλιψη γενικά θεωρείται «γυναικείο πρόβλημα». Πράγματι, τα παρατηρούμενα ποσοστά εμφάνισης της νόσου είναι διπλάσια για τις γυναίκες σε σύγκριση με τους άνδρες. Παρόλα αυτά, η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που προσβάλλει και άντρες και γυναίκες. Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι οι άνδρες είναι το ίδιο πιθανό να πάθουν κατάθλιψη με τις γυναίκες, αν όχι περισσότερο. Όμως, είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν βοήθεια από το περιβάλλον τους ή από κάποιον ειδικό. Η κατάθλιψη στους άνδρες συχνά δεν αναγνωρίζεται από το ίδιο το άτομο, την οικογένειά του, ακόμα και από τους γιατρούς γενικής ιατρικής (παθολόγους), γιατί καλύπτεται κάτω από άλλες καταστάσεις. Παρ' όλα αυτά, κάποιοι μελετητές υπολογίζουν ότι το ποσοστό κατάθλιψης στους άνδρες μέσης ηλικίας αγγίζει το 40% -ποσοστό σημαντικά υψηλότερο από αυτό που παρατηρείται στις γυναίκες (25%).

Υπάρχουν διάφοροι λόγοι για τους οποίους η κατάθλιψη στους άνδρες **δεν αναγνωρίζεται** εύκολα. Η ανδρική κατάθλιψη τείνει να εμφανίζεται σε διαφορετικό στάδιο της ζωής από ότι συμβαίνει στις γυναίκες. Συνήθως προσβάλλει τους άνδρες στην ηλικία μεταξύ 40 και 60 ετών, ενώ το σημείο αιχμής για την εμφάνιση της κατάθλιψης στις γυναίκες εντοπίζεται στην εφηβεία ή στη δεκαετία μεταξύ 20 και 30 ετών. Πολλές φορές η κατάθλιψη δε διαγιγνώσκεται στους άνδρες μέχρι την ηλικία των 60 ή 70 ετών.

Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που μπορεί να πάρει διάφορες μορφές, συχνά συγκαλυμμένες, εμφανίζοντας ποικίλα συμπτώματα, ψυχικά και σωματικά, με αποτέλεσμα ακόμα και οι ειδικοί ψυχικής υγείας κάποιες φορές να δυσκολεύονται να την αναγνωρίσουν. Αυτός είναι και ο κυριότερος από τους λόγους για τους οποίους η κατάθλιψη στους άνδρες πολλές φορές δεν ανιχνεύεται.

Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό, αν αναλογιστεί κανείς ότι η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που αντιμετωπίζεται εύκολα, αλλά αντιμετωπίζεται καλύτερα όταν αντιμετωπίζεται όσο γίνεται νωρίτερα.

Επιπλέον, τα συμπτώματα της κατάθλιψης μπορεί να διαφέρουν ριζικά μεταξύ ανδρών και γυναικών. Στους άνδρες η δυσθυμία, η μελαγχολική διάθεση, που είναι τυπικό σύμπτωμα της κατάθλιψης στις γυναίκες, δεν είναι τόσο έντονη. Οι άνδρες έχουν την τάση να βγάζουν προς τα έξω το καταθλιπτικό συναίσθημα μετατρέποντάς το σε θυμό, ενώ οι γυναίκες κατά κανόνα το

εσωτερικεύουν, στρέφοντας τα αρνητικά συναισθήματα προς τον εαυτό τους. Δεν αναφέρουν εύκολα ότι υποφέρουν από έντονα αισθήματα λύπης και ενοχών ή ότι αισθάνονται ότι δεν αξίζουν τίποτα. Επομένως, η έκφραση της κατάθλιψης στους άνδρες είναι διαφορετική στους άνδρες σε σύγκριση με τις γυναίκες. Οι άνδρες δηλώνουν πιο εύκολα από τις γυναίκες ένα πρόβλημα αλκοολισμού ή εθισμού στα ναρκωτικά.

Μερικοί άνδρες με κατάθλιψη, είναι δυνατόν να κατευθυνθούν προς το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά. Ερευνάται μάλιστα κατά πόσο η χρήση εθιστικών ουσιών στους άνδρες είναι ένα σύμπτωμα μιας κατάθλιψης που υποβόσκει ή εάν είναι μια κατάσταση που συμβαίνει πιο συχνά ταυτόχρονα με την κατάθλιψη στους άνδρες.

Παράλληλα τονίζεται ότι η χρήση ουσιών που προκαλούν εθισμό όπως το αλκοόλ και τα ναρκωτικά, είναι δυνατόν να κρύβει την κατάθλιψη. Κάποιοι άλλοι άνδρες που πάσχουν από κατάθλιψη απογοητεύονται, αποθαρρύνονται, θυμώνουν εύκολα, είναι ευερέθιστοι και κάποτε γίνονται βίαιοι.

**Επίσης** ένα αριθμός αντρών με κατάθλιψη, αντιδρούν ενεργώντας ριψοκίνδυνα με αδιαφορία για τους κινδύνους, θέτοντας έτσι τον εαυτό τους σε ευάλωτη και επικίνδυνη θέση.

Υπάρχουν ακόμη άλλοι άνδρες οι οποίοι αντιδρώντας στην κατάθλιψη τους, ρίχνονται καταναγκαστικά στη δουλειά, προσπαθώντας έτσι να αποκρύψουν την κατάθλιψή τους από τον ίδιο τον εαυτό τους, την οικογένεια τους και τους φίλους τους.

Αντί να αναγνωρίσουν λοιπόν τα καταθλιπτικά τους αισθήματα, να ζητήσουν βοήθεια ή να απευθυνθούν σε ειδικούς για την κατάλληλη θεραπεία, αντιδρούν με τρόπους οι οποίοι στην πραγματικότητα διαιωνίζουν το πρόβλημα.

Γίνεται επομένως αντιληπτό ότι η **αδυναμία** των ανδρών που πάσχουν από κατάθλιψη να αναγνωρίσουν και να **παραδεχτούν** τα συναισθήματά τους, όποια κι αν είναι αυτά, καθιστά πιο δύσκολη τη διάγνωση της κατάθλιψης με αποτέλεσμα να μην μπορεί να γίνει θεραπεία της πάθησης. Κάτι τέτοιο είναι άδικο να υφίσταται τη στιγμή που υπάρχουν κατάλληλες φαρμακευτικές αγωγές.

Οι διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στην εκδήλωση της κατάθλιψης οφείλονται και σε **πολιτισμικούς παράγοντες** που έχουν να κάνουν με το πώς ο άνδρας αντιλαμβάνεται το ρόλο του. Ο τρόπος με τον οποίο οι άνδρες σκέφτονται για τον εαυτό τους δεν βοηθάει πολύ στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Σε σύγκριση με τις γυναίκες, τείνουν να ασχολούνται πολύ περισσότερο με το πώς να είναι ανταγωνιστικοί, δυνατοί και επιτυχημένοι. Οι περισσότεροι άνδρες δε θα ήθελαν να παραδεχτούν ότι νιώθουν εύθραυστοι και ευάλωτοι και κατά συνέπεια είναι λιγότερο πιθανό να μιλήσουν για τα συναισθήματά τους με τους φίλους τους, τα αγαπημένα τους πρόσωπα ή το γιατρό τους. Αυτός πιθανότατα είναι και ο λόγος για τον οποίο δεν αναζητούν

βοήθεια όταν έχουν κατάθλιψη. Οι άνδρες έχουν την τάση να πιστεύουν ότι πρέπει να βασίζονται στον εαυτό τους και ότι είναι κατά κάποιον τρόπο ένδειξη αδυναμίας να πρέπει να βασιστούν σε κάποιον άλλο, ακόμα και για ένα μικρό χρονικό διάστημα. Συχνά, αντί να μιλήσουν για το πώς αισθάνονται, ίσως να προσπαθήσουν να νιώσουν καλύτερα με τη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών. Αυτό συνήθως κάνει τα πράγματα χειρότερα καθώς περνάει ο καιρός. Δημιουργούνται προβλήματα στον τομέα της εργασίας και οι καταχρήσεις συχνά οδηγούν σε δυσάρεστη ή επικίνδυνη συμπεριφορά. Οι άνδρες συνήθως δίνουν προτεραιότητα τον τομέα της εργασίας σε σχέση με την οικογενειακή ζωή, γεγονός που δημιουργεί συγκρούσεις με τις συζύγους ή τις συντρόφους τους. Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχει αποδειχθεί ότι κάνουν την κατάθλιψη πιο πιθανή ή επιδεινώνουν το πρόβλημα όταν ήδη υπάρχει, δημιουργώντας ένα φαύλο κύκλο. Η κατάθλιψη μπορεί να έχει καταστροφικές συνέπειες στη ζωή του ατόμου που πάσχει, όπως επίσης στην οικογένειά του και τις σχέσεις του με τους άλλους. Μπορεί να οδηγήσει σε ουσιαστική πτώση της παραγωγικότητας και της εργασιακής απόδοσης (πάνω από 30%), στο διαζύγιο (ο δείκτης διαζυγίων στους μεσήλικες άνδρες είναι πολύ υψηλότερος συγκριτικά με άλλες ηλικίες και η κατάθλιψη έχει αποδειχθεί ότι είναι η βασική βαθύτερη αιτία διαζυγίου), ακόμα και στην αυτοκτονία (ο δείκτης αυτοκτονιών για τους άνδρες ηλικίας 40-60 ετών είναι τρεις φορές μεγαλύτερος από το μέσο όρο -και το 80% του συνόλου των αυτοκτονιών διαπράττονται από άντρες!).

**Σεξουαλική ζωή:** Οι άνδρες που υποφέρουν από κατάθλιψη δε νιώθουν καλά με το σώμα τους και έχουν μειωμένη σεξουαλική διάθεση, σε σχέση με περιόδους στις οποίες είναι καλά. Πολλοί απλώς παραιτούνται από το σεξ εντελώς. Παρ' όλα αυτά, αρκετές πρόσφατες έρευνες υποδεικνύουν ότι οι άνδρες που έχουν κατάθλιψη έρχονται σε συνουσία με την ίδια συχνότητα, αλλά δεν νιώθουν την ίδια ικανοποίηση όπως συνήθως. Μάλιστα, κάποιοι αναφέρουν αύξηση των σεξουαλικών ορμών και της συχνότητας της σεξουαλικής συνεύρεσης, που πιθανότατα χρησιμοποιούν ως μέσο για να νιώσουν καλύτερα. Άλλο ένα πρόβλημα που προκύπτει επίσης είναι ότι κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να μειώσουν τη σεξουαλική ορμή. Ωστόσο, καθώς η κατάσταση του ασθενή με κατάθλιψη βελτιώνεται, το ίδιο συμβαίνει και με τη σεξουαλική επιθυμία, επίδοση και ικανοποίηση. Είναι σημαντικό να θυμάται κανείς ότι οι σχετικές με την κατάθλιψη συνέπειες στη σεξουαλική ζωή μπορεί να παρατηρηθούν και αντίστροφα. Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να επέλθει ως συνέπεια της ανικανότητας, η οποία και πάλι είναι ένα πρόβλημα στο οποίο μπορεί κανείς να βοηθηθεί αποτελεσματικά.

**Εργασία:** Η απώλεια της εργασίας, για οποιονδήποτε λόγο, είναι ένα στρεσογόνο γεγονός. Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι 1 στους 7 άνδρες που μένουν άνεργοι θα παρουσιάσουν καταθλιπτική διαταραχή στους επόμενους έξι μήνες. Η αναλογία αυτή είναι κατά πολύ υψηλότερη

από αυτή που παρατηρείται στους εργαζόμενους άνδρες. Μάλιστα, μετά τα προβλήματα στις σχέσεις, η ανεργία είναι η πιο σημαντική αιτία που οδηγεί τους άνδρες σε βαριά κατάθλιψη. Το γεγονός αυτό δεν είναι παράδοξο, αφού η εργασία είναι συχνά ο βασικός παράγοντας που δίνει σε έναν άνδρα την αίσθηση της αξίας του και τον αυτοσεβασμό του. Χάνοντας κανείς τη δουλειά του, πιθανότατα χάνει τα σύμβολα της επιτυχίας του και ίσως πρέπει να προσαρμοστεί στο ρόλο της φροντίδας του σπιτιού και των παιδιών. Έτσι, μπορεί να βρεθεί κανείς από μια θέση άσκησης ελέγχου σε μια θέση που επιτρέπει μικρό βαθμό ελέγχου, ιδιαίτερα αν πάρει πολύ χρόνο να βρει μια καινούρια εργασία. Βέβαια, αν ένα άτομο υποφέρει από κατάθλιψη, είναι πολύ πιθανό να αντιμετωπίσει μεγαλύτερες δυσκολίες στην ανεύρεση νέας εργασίας, γεγονός που μπορεί να επιδεινώσει περισσότερο την κατάστασή του.

**Αυτοκτονία:** Οι άνδρες έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να φτάσουν στην αυτοκτονία από ό,τι οι γυναίκες. Η αυτοκτονία είναι πιο συχνή ανάμεσα σε άνδρες που έχουν πάρει διαζύγιο ή έχουν χηρέψει και πιο πιθανή ανάμεσα σε άνδρες που καταναλώνουν πολύ αλκοόλ. Τα τελευταία χρόνια το ποσοστό αυτοκτονιών των ανδρών έχει αυξηθεί, ειδικά στις ηλικιακές ομάδες μεταξύ 16 και 24 ετών και μεταξύ 39 και 54.

Γνωρίζουμε ότι 2 στους 3 ανθρώπους που αυτοκτονούν έχουν συμβουλευτεί τον οικογενειακό γιατρό τους μέσα στον προηγούμενο μήνα και σχεδόν 1 στους 2 μέσα στην αμέσως προηγούμενη εβδομάδα πριν την αυτοκτονία. Επίσης γνωρίζουμε ότι 2 στους 3 ανθρώπους που αυτοκτονούν έχουν μιλήσει γι' αυτό σε φίλους ή στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Το να ρωτήσει κανείς κάποιον αν έχει αυτοκτονικές τάσεις δεν σημαίνει ότι θα του «βάλει ιδέες» ή θα αυξήσει τις πιθανότητες της αυτοκτονίας. Γι' αυτό, αν και πολλοί άνδρες δείχνουν κάποια αδυναμία ως προς το να μιλούν για τα συναισθήματά τους, είναι σημαντικό να ρωτηθούν ευθέως αν κάνουν σκέψεις σχετικές με την αυτοκτονία. Επίσης σημαντικό είναι, όταν διατυπώνονται τέτοιες ιδέες ή τάσεις, να τις παίρνει κανείς στα σοβαρά. Για κάποιον που έχει τάσεις αυτοκτονίας δεν υπάρχει τίποτα που να ρίχνει περισσότερο το ηθικό του από το να αισθανθεί ότι οι άλλοι δεν τον αντιμετωπίζουν με σοβαρότητα. Συχνά χρειάζεται χρόνος για να επιστρατεύσει κανείς το κουράγιο που χρειάζεται και να μιλήσει για την αυτοκτονία, αλλά το να μιλήσει κανείς γι' αυτό μπορεί να προσφέρει μεγάλη ανακούφιση.

Οι αυξημένοι δείκτες αυτοκτονίας στους άνδρες, ειδικά στην ηλικιακή ομάδα στην οποία κυρίως παρουσιάζεται η κατάθλιψη σε αυτούς, δείχνουν ότι υπάρχει μια σύνδεση μεταξύ αυτοκτονίας και κατάθλιψης, ειδικά στις περιπτώσεις που η τελευταία δεν ανιχνεύεται και δεν παρέχεται στον ασθενή θεραπευτική υποστήριξη. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό, λοιπόν, να μπορούμε να αναγνωρίσουμε την κατάθλιψη και να την αντιμετωπίσουμε έγκαιρα. (Ραγιά, 2005)

([www.stress.gr](http://www.stress.gr))

## ➤ ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ 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.

Το βασικό χαρακτηριστικό της κατάθλιψης είναι το επίμονο και διαρκές συναίσθημα θλίψης, η ευερεθιστότητα και η απουσία ενδιαφέροντος ή ικανοποίησης από οποιαδήποτε δραστηριότητα. Τα συμπτώματα αυτά συνοδεύονται από μια σειρά άλλων συμπτωμάτων που επηρεάζουν την όρεξη, τον ύπνο, τα επίπεδα δραστηριότητας και συγκέντρωσης, την αυτοπεποίθηση του ατόμου και την εικόνα του για τον εαυτό του.

Τα παιδιά και οι έφηβοι με κατάθλιψη είναι συνήθως θλιμμένα, ενώ σε γενικές γραμμές βιώνουν την ασθένεια με παρόμοιο τρόπο με τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας. Η κατάθλιψη που δεν αντιμετωπίζεται θεραπευτικά μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα τη σχολική αποτυχία, την κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών, αλλά και την αυτοκτονία.

### **Συμπτώματα**

Θλίψη και απελπισία (τις περισσότερες ημέρες της εβδομάδας και για αρκετές ώρες της ημέρας το παιδί κλαίει και είναι θλιμμένο) απομάκρυνση από φίλους και από δραστηριότητες από τις οποίες το παιδί αντλούσε χαρά και ικανοποίηση στο παρελθόν (το παιδί δεν επισκέπτεται πια τους φίλους του, ή δεν κάνει καθόλου φίλους και περνά τον περισσότερο χρόνο του μόνο, ενώ δραστηριότητες που το ευχαριστούσαν στο παρελθόν δεν έχουν πλέον ενδιαφέρον για το παιδί) αυξημένος εκνευρισμός και ευερεθιστότητα (ακόμα και οι πιο μικρές δυσκολίες φέρνουν εκνευρισμό και θυμό που το παιδί δεν μπορεί να διαχειριστεί)

πολλές απουσίες από το σχολείο και σημαντική μείωση στη σχολική επίδοση (το παιδί χάνει πολλά μαθήματα και η επίδοσή του στα μαθήματα μειώνεται σε σημαντικό βαθμό) αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες (αύξηση ή ελάττωση της όρεξης) προβλήματα στον ύπνο (το παιδί μπορεί να ξυπνά πολλές φορές κατά τη διάρκεια της νύχτας ή να μην μπορεί να ξυπνήσει το πρωί) αναποφασιστικότητα, έλλειψη συγκέντρωσης (παιδιά που ήταν καλά οργανωμένα στο παρελθόν φαίνεται να ξεχνούν, να μην μπορούν οργανώσουν το χρόνο και τις δραστηριότητές τους ή να συγκεντρωθούν σε ό,τι κάνουν)

υπερβολικά συναισθήματα ενοχής και ανικανότητας, απουσία ενθουσιασμού ή κινήτρου και χαμηλή αυτοεκτίμηση (φράσεις όπως «Είμαι χαζός» ή «Εγώ φταίω για όλα» είναι συχνές στο καταθλιπτικό παιδί)

συχνά παράπονα για κεφαλαλγίες και πόνους στο στομάχι (τα συμπτώματα αυτά συνήθως απορρέουν από την αλλαγή των διατροφικών συνηθειών) χαμηλή ενεργητικότητα και χρόνια κόπωση κατάχρηση αλκοόλ και ουσιών επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας. (Αρκετές φορές ένα παιδί που είναι θυμωμένο μπορεί να πει τη φράση «Μακάρι να πέθαινα». Η αυτοκτονία όμως είναι μια πραγματικότητα ακόμη και για τα παιδιά. Όταν μια τέτοια φράση προέρχεται από τα χείλη ενός παιδιού με κατάθλιψη, θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται πολύ σοβαρά υπόψιν).

### **Στοιχεία για την κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους**

Περίπου 2-3% των παιδιών μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη η θεραπευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στα παιδιά και τους εφήβους είναι το ίδιο αποτελεσματική με την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ενήλικες η κατάθλιψη κατά ένα μεγάλο ποσοστό είναι κληρονομική, αν και τα βιώματα του κάθε παιδιού μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο όσο μικρότερο είναι το παιδί κατά την έναρξη της νόσου, τόσο πιο δύσκολη είναι η πρόγνωση.

### **Παράγοντες κινδύνου**

τα παιδιά που βρίσκονται σε κατάσταση έντονου στρες, που έχουν βιώσει μια σημαντική απώλεια, έχουν μαθησιακές δυσκολίες ή προβλήματα συμπεριφοράς έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν κατάθλιψη, η εφηβεία είναι ισχυρότερος παράγοντας κινδύνου για τα κορίτσια σε σύγκριση με τα αγόρια

τα παιδιά που εμφανίζουν κλινική κατάθλιψη, συνήθως προέρχονται από οικογένειες με ιστορικό κατάθλιψης.

### **Επιπτώσεις**

Τα παιδιά που έχουν περάσει ένα καταθλιπτικό επεισόδιο είναι πολύ πιθανό στα επόμενα πέντε χρόνια να εμφανίσουν ένα δεύτερο επεισόδιο η κατάθλιψη στην παιδική ηλικία μπορεί να προοιωνίζει σοβαρότερες καταστάσεις κατά την ενήλικη ζωή η κατάθλιψη σε παιδιά και εφήβους είναι συνδεδεμένη με τον αυξημένο κίνδυνο αυτοκτονίας.

## **Τι μπορούν να κάνουν οι γονείς**

Αν οι γονείς ή άλλα ενήλικα πρόσωπα στη ζωή του παιδιού ή του εφήβου υποψιάζονται την ύπαρξη κατάθλιψης, θα πρέπει να αναζητήσουν εξειδικευμένη βοήθεια. Η κατάθλιψη θεραπεύεται. Η έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης στα παιδιά είναι πολύ σημαντική. Η διάγνωση γίνεται μέσα από την εκτίμηση του παιδιού και της οικογένειάς του και με τη βοήθεια ψυχολογικών test. Γενικότερα, η συνεργασία της οικογένειας και του σχολικού περιβάλλοντος είναι απαραίτητη και αναγκαία για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης στο παιδί.

Πολλές φορές, το παιδί εκφράζει με την κατάθλιψη το πρόβλημα που υπάρχει στην οικογένεια, στο ζευγάρι των γονιών ή στα αδέρφια του. Είναι, επομένως πολύ σημαντική η διαγνωστική εκτίμηση όλης της οικογένειας ? εάν αυτό είναι εφικτό- ή η συγκέντρωση όσο το δυνατόν περισσότερων πληροφοριών για τις συνθήκες, τις σχέσεις και τη δυναμική της οικογένειας. Συχνά, η αναζήτηση βοήθειας και η ψυχοθεραπευτική αντιμετώπιση του ζευγαριού των γονιών έχει τη δύναμη να θεραπεύει την κατάθλιψη του παιδιού. Η αλλαγή των στάσεων, των αντιλήψεων και των συμπεριφορών μέσα στην οικογένεια μέσω οικογενειακών συναντήσεων με ειδικούς ψυχοθεραπευτές (θεραπεία οικογένειας) είναι καθοριστικής σημασίας.

Η ατομική ψυχοθεραπεία του παιδιού μπορεί να έχει επίσης καλά αποτελέσματα. Καινούργιες ψυχοθεραπευτικές προσεγγίσεις όπως η παιγνιοθεραπεία (play therapy) μπορούν να βοηθήσουν το παιδί να επεξεργαστεί τα καταθλιπτικά συναισθήματα μέσα από το παιχνίδι. Φαρμακευτική αγωγή δίνεται σπάνια στα παιδιά σε πολύ σοβαρές μορφές κατάθλιψης που συνήθως συνυπάρχουν με οργανικά αίτια (άλλες ασθένειες).

## **Αριθμοί και δεδομένα**

- \* Ένα στα πέντε παιδιά έχουν διαγνωσμένη διανοητική, συναισθηματική ή συμπεριφορική διαταραχή
- \* Ένα στα 10 παιδιά έχει σοβαρή συναισθηματική διαταραχή
- \* Ένα στα 33 παιδιά και ένας στους οκτώ εφήβους έχουν κατάθλιψη (U.S. Center for Mental Health Services [CMHS], 1996)
- \* Στην εφηβεία τα κορίτσια είναι πιθανότερο να πάθουν καταθλιπτικό επεισόδιο από ό,τι τα αγόρια
- \* Τα παιδιά που έχουν χρόνια ασθένεια, είναι παραμελημένα ή κακοποιημένα ή έχουν άλλη τραυματική εμπειρία έχουν περισσότερες πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης
- \* Η αυτοκτονία είναι η τρίτη βασική αιτία θανάτου στις ηλικίες 15-24 ετών
- \* Η αυτοκτονία είναι η έκτη βασική αιτία θανάτου στις ηλικίες 5-15 ετών (Santrock, 2004) (Schultz P, Schultz E, 2007)

### ➤ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ Η΄ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ

Οι ηλικιωμένοι, ή αλλιώς η τρίτη ηλικία είναι μία ιδιαίτερη ηλικιακή ομάδα με ξεχωριστές ανάγκες. Τα όρια έναρξης της 3ης ηλικίας δεν είναι σαφή, συνήθως κάποιος ανήκει στην τρίτη ηλικία εφόσον περάσει το 65 έτος της ηλικίας του, ενώ γενικά θεωρείται κάποιος ηλικιωμένος από την ώρα που θα συνταξιοδοτηθεί. Η 3η ηλικία έχει ειπωθεί ότι είναι τα «χρυσά χρόνια». Αυτό γιατί τότε ο άνθρωπος έχει αρκετό ελεύθερο χρόνο και μειωμένες υποχρεώσεις ώστε να ασχοληθεί με πράγματα που του αρέσουν και με δραστηριότητες που αγαπάει.

Για πολλούς όμως ηλικιωμένους η τρίτη ηλικία συνοδεύεται από αρκετά προβλήματα. Η συνταξιοδότηση πλέον συνδέεται έντονα με τη μείωση εσόδων του ατόμου, συνεπώς υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες να αντιμετωπίσει οικονομικές δυσκολίες. Επιπλέον με τη συνταξιοδότηση αλλάζει ο κοινωνικός ρόλος του ατόμου, δεν έχει απασχόληση καθημερινή, γεγονός το οποίο μπορεί να το επηρεάσει στην κοινωνική του ζωή αλλά και στην ψυχολογική του προσαρμογή. Η αλλαγή της ταυτότητας (δεν είναι πια π.χ. ο κος Νίκος, ο επιχειρηματίας ή ο υπεύθυνος μισθοδοσίας) μπορεί να προκαλέσει δυσκολίες προσαρμογής στην καθημερινότητα, ανία και αδράνεια. Εκτός όμως από την απώλεια του ρόλου, μπορεί να προκύψει και η απώλεια της κοινωνικής ζωής καθώς πολλοί είναι εκείνοι οι οποίοι κοινωνικοποιούνται μέσα από τη δουλειά. Έτσι μόλις κάποιος συνταξιοδοτηθεί έρχεται αντιμέτωπος με δυσκολίες εύρεσης κοινωνικών επαφών και προσέγγισης νέων προσώπων.

Ταυτόχρονα μπορεί το άτομο εμφανίσει προβλήματα υγείας. Τα προβλήματα υγείας απαιτούν περισσότερα χρήματα αλλά και μπορεί να περιορίζουν τις δραστηριότητές του ατόμου με αποτέλεσμα να πλήττεται η ποιότητα ζωής του αλλά και της οικογένειάς του. Ένα από τα πιο συχνά προβλήματα σε σχέση με την υγεία καθώς μεγαλώνουμε είναι η αίσθηση της κόπωσης στο σώμα, της απώλειας των δυνάμεων, της αλλαγής της εικόνας μας, της έκπτωσης των αισθήσεων όπως η ακοή και η όραση αλλά και των νοητικών λειτουργικών όπως η μνήμη. Αυτά τα προβλήματα συχνά συνοδεύονται και από προβλήματα ψυχικής φύσεως. Αυτή η φυσική φθορά του οργανισμού σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να αυξήσει το αίσθημα ευαλωτότητας του ατόμου. Έτσι ο ηλικιωμένος μπορεί να αρχίσει να φοβάται ότι είναι ευάλωτος, ότι επιβαρύνει την οικογένειά του, ότι αρχίζει να εξαρτάται από τους άλλους και δεν μπορεί να ζήσει αυτόνομα, σκέψεις αρνητικές στις οποίες υποβόσκει ο φόβος της φθοράς και του θανάτου. Όλες αυτές οι αλλαγές στη ζωή του ηλικιωμένου είναι πολύ πιθανό να έχουν αρνητικές επιπτώσεις στην ψυχική του υγεία με αποτέλεσμα να εκδηλώσει συμπτώματα όπως το άγχος και η κατάθλιψη.



## **Άγχος και Κατάθλιψη κατά την Τρίτη Ηλικία**

Τα συχνότερα προβλήματα ψυχικής υγείας κατά την τρίτη ηλικία είναι το άγχος και η κατάθλιψη. Φαίνεται ότι οι ηλικιωμένοι έχουν αυξημένες πιθανότητες εκδήλωσης κατάθλιψης και άγχους αλλά παρόλα αυτά η επικράτηση των δύο αυτών διαταραχών παραμένει χαμηλότερη σε σχέση με άλλες ηλικιακές ομάδες. Οι έρευνες υποδεικνύουν ότι το 4-7% των ηλικιωμένων παρουσιάζουν κατάθλιψη, ενώ το 15% των ηλικιωμένων που πάσχουν από κατάθλιψη θα οδηγηθούν σε αυτοκτονία. Παρόλο που παλαιότερα το άγχος θεωρούνταν ότι εξαλείφεται με την πάροδο των χρόνων, πλέον οι επιστήμονες υποστηρίζουν ότι υπάρχει ακόμα και στους ηλικιωμένους και στο 90% των περιπτώσεων συνυπάρχει με την κατάθλιψη. Μάλιστα τα προβλήματα άγχους στην τρίτη ηλικία φαίνεται να αποτελούν ένα συνεχές στη ζωή του ατόμου απλά να εκδηλώνονται με διαφορετικό τρόπο, ενώ φαίνεται ότι το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο, με τις γυναίκες να διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο.

Όμως, συχνά αγνοούνται τα συμπτώματα από την οικογένεια ή και το ίδιο το άτομο καθώς εκλαμβάνονται ως φυσικό αποτέλεσμα του γήρατος και των πολλαπλών απωλειών που βιώνουν τα ηλικιωμένα άτομα. Όντως, οι πολλαπλές απώλειες προσφιλών προσώπων, οι σωματικές παθήσεις, η συνταξιοδότηση και οι αλλαγές στην κατοικία είναι μερικοί από τους παράγοντες που μπορεί να πυροδοτήσουν τα καταθλιπτικά συμπτώματα, είναι όμως σημαντικό να εντοπιστεί πότε ένα άτομο εκδηλώνει καταθλιπτικά συμπτώματα ή αγχώδη συμπτώματα ώστε να πάρει την κατάλληλη υποστήριξη. Η Τρίτη ηλικία δεν είναι συνώνυμη της κατάθλιψης. Πολλές φορές τα προβλήματα ψυχικής υγείας είναι αποτέλεσμα της δυσκολίας προσαρμογής στη νέα ταυτότητα, και τον διαφορετικό τρόπο ζωής παρά στην ηλικία αυτή καθαυτή.

**Συνήθη συμπτώματα της κατάθλιψης κατά την τρίτη ηλικία είναι:**

- η θλίψη
- η απογοήτευση
- η απόσυρση από τις καθημερινές συνήθειες
- η απάθεια
- η πτώση της διάθεσης
- η αλλαγή των συνηθειών του ύπνου και της διατροφής (αϋπνίες ή υπνηλία, απώλεια όρεξης)
- η απαισιοδοξία
- ενοχές και η
- αίσθηση αβοηθητότητας.

**Αντίστοιχα, χαρακτηριστικά συμπτώματα του άγχους κατά την τρίτη ηλικία είναι:**

- η αγωνία για εμφανώς ασήμαντα γεγονότα
- μία αγωνιώδης προσμονή σε καθημερινό επίπεδο

**Τόσο στην περίπτωση του άγχους όσο και στην περίπτωση της κατάθλιψης το άτομο να εμφανίζει:**

- χαμηλή συγκέντρωση
- απώλεια μνήμης
- απώλεια ενδιαφερόντων
- πολλαπλά σωματικά ενοχλήματα.

Τα τελευταία συμπτώματα είναι παρόμοια με άλλες παθήσεις όπως η άνοια και γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να γίνουν οι κατάλληλες εξετάσεις ώστε να αποκλεισθεί η οργανική αιτία των προβλημάτων.

**Παράγοντες Κινδύνου για την Εκδήλωση Ψυχικών Διαταραχών κατά την Τρίτη Ηλικία**

Φαίνεται να υπάρχουν πολλοί παράγοντες που να σχετίζονται με την εκδήλωση προβλημάτων κατάθλιψης και άγχους στους ηλικιωμένους. **Μερικοί από τους πιο συχνούς παράγοντες που μπορεί να πυροδοτήσουν τέτοιου είδους συμπτώματα είναι:**

- Η κακή σωματική υγεία, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει κάποια χρόνια πάθηση ή κάποιο ατύχημα το οποίο θέτει τον ηλικιωμένο σε περιορισμό.
- Η απώλεια σημαντικών άλλων όπως συντρόφων, μελών της πατρικής και μητρικής οικογένειας και φίλων
- Η αλλαγή κατοικίας, η μετοίκηση σε κάποιον οίκο ευγηρίας
- Η κοινωνική απομόνωση και η μοναξιά

Βέβαια θα πρέπει να τονιστεί ότι η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους μπορεί να μην εκδηλώνεται με τον ίδιο τρόπο που εμφανίζεται στους νεότερους. Οι ηλικιωμένοι παραπονιούνται περισσότερο για σωματική κατάπτωση πράγμα που δεν θεωρείται πάντα εκδήλωση κατάθλιψης.

Τα περιστατικά αυτοκτονίας σε ηλικιωμένα άτομα αυξάνονται. Από το 1980 μέχρι σήμερα η συχνότητα της αυτοκτονίας σε άτομα 65 ετών και άνω αυξάνεται με σταθερό ρυθμό. Παρά το γεγονός ότι το ποσοστό των αυτοκτονιών σε άτομα τρίτης ηλικίας είναι μικρότερο σε σχέση με αυτό που παρατηρείται σε πιο νέους ανθρώπους, εντούτοις η συχνότητα των επιτυχιών στις απόπειρες αυτοκτονίας των ηλικιωμένων είναι μεγαλύτερη. Η καλύτερη πρόληψη είναι η προσοχή και η φροντίδα που πρέπει να δίνεται στους ηλικιωμένους. Επιπλέον, η έγκαιρη αναγνώριση μιας

κατάστασης που μπορεί να οδηγήσει στην αυτοκτονία και η θεραπευτική αντιμετώπιση της μπορεί να βοηθήσουν αποτελεσματικά τον ηλικιωμένο και να προλάβουν ίσως το μοιραίο (Πλατή, 2006).

➤ **Κοινωνική - οικονομική κατάσταση:**

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.

➤ **Οικογενειακό ιστορικό:**

Η κατάθλιψη είναι δύο ή τρεις φορές πιο συχνή σε οικογένειες καταθλιπτικών ασθενών.

➤ **Ψυχική κατάσταση:**

Οι χωρισμένοι ή διαζευγμένοι έχουν τριπλάσιο κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη απ' ότι οι παντρεμένοι. Οι διαζευγμένοι άνδρες φαίνεται πως διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο από τις διαζευγμένες γυναίκες.

➤ **Ηλικία:**

Ο κίνδυνος της κατάθλιψης εθεωρείτο πως αυξάνεται με την ηλικία αλλά πρόσφατες μελέτες δείχνουν σήμερα ότι όλες οι ηλικίες είναι επιρρεπείς για την εμφάνισή της. Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι πιο συχνή στους ηλικιωμένους, 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. (Πλατή, 2006, Ραγιά, 2005)

## Η. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ

Υπάρχουν ορισμένες **λανθασμένες και αβάσιμες** αντιλήψεις σχετικά με την κατάθλιψη, οι οποίες αποπροσανατολίζουν από την επιστημονική πραγματικότητα της νόσου. Μάλιστα, ορισμένες φορές οδηγούν σε τέτοιες παρερμηνείες, που αποτρέπουν το άτομο να αναζητήσει τη σωστή θεραπεία

▶ **ΜΥΘΟΣ: Η κατάθλιψη δεν αποτελεί πραγματική ασθένεια.**

▶ **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η κατάθλιψη είναι πραγματική ασθένεια. Προκαλεί αλλαγές στη διάθεση, στην σκέψη, στην λειτουργικότητα και στο σώμα του ατόμου.

▶ **ΜΥΘΟΣ: Η κατάθλιψη δε διαφέρει από την κακή διάθεση που μπορεί να νιώσει ένα άτομο. Κατά συνέπεια, είναι ένα φυσιολογικό μέρος της ζωής ενός ανθρώπου.**

▶ **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η κατάθλιψη ως νόσος δεν είναι το ίδιο με την κακή διάθεση που μπορεί να έχει ο καθένας μας κατά τη διάρκεια της ημέρας. Στην κατάθλιψη, όμως, τα συμπτώματα είναι πολύ πιο έντονα και διαρκούν για μεγάλο χρονικό διάστημα

▶ **ΜΥΘΟΣ: Για να έχεις κατάθλιψη, πρέπει να νιώθεις θλίψη.**

▶ **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η θλίψη (καταθλιπτική διάθεση) είναι ένα μόνο από τα δύο απαραίτητα κριτήρια για την διάγνωση του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Το δεύτερο κριτήριο είναι η έλλειψη ενδιαφέροντος και αρκεί για την διάγνωση. Με απλά λόγια, απαιτείται οποσδήποτε είτε καταθλιπτική διάθεση είτε μειωμένο ενδιαφέρον. Εν συνεχεία, απαιτούνται 3 ή περισσότερα από τα άλλα συμπτώματα (μεταβολή στην όρεξη ή το βάρος, μεταβολή στον ύπνο, κόπωση, αισθήματα αναξιοτήτας ή ενοχής, δυσκολία συγκέντρωσης, σκέψεις θανάτου).

▶ **ΜΥΘΟΣ: Η κατάθλιψη είναι πάντα κληρονομική. Αν οι γονείς μου είχαν κατάθλιψη, θα έχω κι εγώ.**

▶ **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η κληρονομικότητα (γενετική προδιάθεση) είναι ένας από τους παράγοντες που αυξάνουν την ευαλωτότητα του ατόμου στην κατάθλιψη. Όμως, η επικρατέστερη σήμερα, άποψη είναι ότι η νόσος θα εκδηλωθεί εάν επιδράσουν και άλλοι παράγοντες (ψυχολογικοί, βιολογικοί, κοινωνικοί).

**ΜΥΘΟΣ: Η κατάθλιψη δε θεραπεύεται.**

► **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή που θεραπεύεται. Ειδικά αντικαταθλιπτικά φάρμακα ρυθμίζουν τις βιοχημικές αλλαγές στον εγκέφαλο και σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία μπορεί το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη να θεραπευτεί πλήρως και να έχει μια φυσιολογική ζωή.

► **ΜΥΘΟΣ: Η ψυχοθεραπεία δημιουργεί εξάρτηση. Είναι προτιμότερο να λύνεις τα προβλήματα σου μόνος σου.**

► **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Υπάρχει ένα υγιές επίπεδο εξάρτησης με το οποίο καθένας μας χρειάζεται να εξοικειωθεί. Για παράδειγμα, στην καθημερινή μας ζωή εξαρτόμαστε από γιατρούς, δικηγόρους, λογιστές κ.ά. για διάφορα ζητήματα. Αυτό που είναι σημαντικό είναι να βρίσκουμε την ισορροπία ανάμεσα στην εξάρτηση και την ανεξαρτησία. Ένας από τους στόχους της ίδιας της ψυχοθεραπείας είναι ακριβώς η επίτευξη αυτής της ισορροπίας. Για πολλούς ανθρώπους ο συνδυασμός φαρμάκων και ψυχοθεραπείας είναι ο αποτελεσματικότερος τρόπος να αντιμετωπιστεί η κατάθλιψη. Ενώ τα φάρμακα μπορούν να βοηθήσουν στην βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, δεν μπορούν όμως να αλλάξουν τα γεγονότα, τις σκέψεις ή τις συμπεριφορές που είναι προβληματικές ή στενοχωρούν, π.χ. το πώς βλέπετε τον εαυτό σας και τις σχέσεις σας. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να σας βοηθήσει να αρχίσετε να ερευνάτε και να επιλύετε καταστάσεις, σκέψεις ή συμπεριφορές που σας προβληματίζουν, σας αγχώνουν ή σας στενοχωρούν.

► **ΜΥΘΟΣ: Πέρασα ήδη στο παρελθόν ένα επεισόδιο κατάθλιψης. Δεν κινδυνεύω πια.**

► **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά με αρκετά επεισόδια στη διάρκεια της ζωής. Η βαρύτητα των επεισοδίων μπορεί να διαφέρει, στο ίδιο άτομο, μέσα στα χρόνια.

► **ΜΥΘΟΣ: Μόλις νιώσω καλύτερα, μπορώ να σταματήσω να παίρνω τα αντικαταθλιπτικά.**

► **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Όπως συμβαίνει και με την αντιβίωση (που πρέπει να συνεχίσετε να την παίρνετε σύμφωνα με τις οδηγίες του γιατρού, ακόμη κι αν έχετε νιώσει καλύτερα νωρίτερα), πρέπει να συνεχίσετε να παίρνετε τα αντικαταθλιπτικά ακόμα κι αφού νιώσετε καλύτερα περισσότεροι άνθρωποι που παίρνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα πρέπει να τα λαμβάνουν συνεχώς για 6-9 μήνες. Αυτό το διάστημα χορήγησης αποτρέπει τον κίνδυνο υποτροπής. Ο γιατρός σας είναι αυτός που θα σας καθοδηγήσει και θα σας υποδείξει πότε να αρχίσετε να μειώνετε τη δόση σας σταδιακά και πότε να σταματήσετε εντελώς τη λήψη φαρμάκων.

► **ΜΥΘΟΣ:** Αν αρχίσω να παίρνω αντικαταθλιπτικά, θα πρέπει να τα παίρνω για το υπόλοιπο της ζωής μου.

► **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Οι περισσότεροι άνθρωποι που παίρνουν αντικαταθλιπτικά φάρμακα πρέπει να τα λαμβάνουν συνεχώς για 6-9 μήνες. Αυτό όμως δε σημαίνει ότι είναι απαραίτητα για μια ζωή. Ο γιατρός σας είναι αυτός που θα σας καθοδηγήσει και θα σας υποδείξει πότε να αρχίσετε να μειώνετε τη δόση σας σταδιακά και πότε να σταματήσετε εντελώς τη λήψη φαρμάκων. Είναι αλήθεια πάντως ότι η απότομη διακοπή των αντικαταθλιπτικών ίσως να προκαλέσει προβλήματα, όπως πονοκεφάλους, ζάλη και ναυτία.

► **ΜΥΘΟΣ:** Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα προκαλούν εθισμό και αλλάζουν την προσωπικότητα.

► **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Τα αντικαταθλιπτικά δεν προκαλούν εξάρτηση και εθισμό ούτε αλλάζουν την προσωπικότητα. Όταν η θεραπεία έχει ολοκληρωθεί, ο ασθενής, με την καθοδήγηση του θεράποντος ιατρού, μπορεί να διακόψει τα φάρμακα, χωρίς να προκύψει κανένα πρόβλημα.

► **ΜΥΘΟΣ:** Αν κάποιος που έχει κατάθλιψη κάνει απλά υπομονή και περιμένει, η νόσος θα περάσει.

► **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η κατάθλιψη μπορεί να μην υποχωρήσει από μόνη της. Σε κάποιους ασθενείς διαρκεί χρόνια, αν δεν αντιμετωπιστεί. Η κατάθλιψη στις σοβαρότερες τουλάχιστον μορφές της είναι μια βιολογική νόσος που απαιτεί βιολογικά μέσα -φάρμακα- για να αντιμετωπιστεί.

► **ΜΥΘΟΣ:** Μόνο οι ασθενείς με ιδέες αυτοκαταστροφής (αυτοκτονίας) χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή.

► **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η φαρμακευτική αγωγή δεν απευθύνεται μόνο στους ασθενείς με ιδέες αυτοκαταστροφής. Τα αντικαταθλιπτικά μπορούν να βοηθήσουν όλους τους ανθρώπους που υποφέρουν να γίνουν καλά, να ζουν τη ζωή τους με τον τρόπο που επιθυμούν και να την απολαμβάνουν.

► **ΜΥΘΟΣ:** Η κατάθλιψη εκδηλώνεται πάντα ως αντίδραση σ' ένα τραυματικό ή δυσάρεστο γεγονός της ζωής, όπως το διαζύγιο, ο θάνατος ενός αγαπημένου ή η απώλεια της εργασίας.

► **ΑΛΗΘΕΙΑ:** Η κατάθλιψη μπορεί, πράγματι, να πυροδοτείται από τραυματικά γεγονότα, αλλά αυτό δε συμβαίνει πάντα. Στην αιτιολογία της εμπλέκονται και βιολογικοί συντελεστές, όπως η διαταραχή της ισορροπίας βιοχημικών ουσιών του εγκεφάλου, οι νευροδιαβιβαστές ([www.katathlipsi.gr](http://www.katathlipsi.gr)).

# ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

## A. ΓΕΝΙΚΑ

Ο όρος Σχιζοφρένεια προτάθηκε από τον Eugene Bleuler το 1911 για να περιγράψει το σύνδρομο που νωρίτερα (1860) ο Benedict Augustin Morel είχε ονομάσει πρόιμη άνοια (dementia praecox) και που με το όνομα αυτό ο Emil Kraepelin (1896) το διέδωσε σ' όλο τον κόσμο.

Βέβαια, γρήγορα έγινε φανερό ότι δεν επρόκειτο για «άννοια» («που άρχιζε νωρίς») κι ότι επρόκειτο για βαριά ψυχωτική διαταραχή, για «σχίσσιμο του μυαλού», από όπου και ο όρος **σχιζοφρένεια**.

Σήμερα θεωρούμε τη σχιζοφρένεια σαν ένα σύνδρομο που χαρακτηρίζεται από έντονη αλλοίωση της εσωτερικής και εξωτερικής πραγματικότητας, στην οποία το άτομο απαντά με τρόπους που βλάπτουν τη ζωή του. Αυτή η αλλοίωση ή παραμόρφωση της πραγματικότητας - ο ψυχωτικός πυρήνας της αρρώστιας - παρουσιάζεται με διαταραχές - συμπτώματα στην αντίληψη, στη σκέψη, στο συναίσθημα, στην ομιλία και στην ψυχοκινητικότητα.

Έχει σημασία να μην προσπαθήσουμε να κλείσουμε μέσα μας μια συγκεκριμένη εικόνα-«στίγμα» σχιζοφρενικού. Οι κλινικές εικόνες παρουσιάζουν πολύ μεγάλη ποικιλία, από την έντονη διέγερση ως την απάθεια και την απόσυρση, από την απλή εκκεντρικότητα ως την πιο αλλόκοτη συμπεριφορά. Καλό, είναι λοιπόν, να μην έχουμε «κλισέ» στο μυαλό μας και κυρίως να μην ξεχνούμε ότι οί σχιζοφρενικοί μας άρρωστοι είναι απλώς άρρωστοι.

Η σχιζοφρένεια (schizophrenia) είναι μια ψυχική νόσος στην οποία το άτομο απομακρύνεται από την πραγματικότητα και ζει σε έναν φανταστικό κόσμο. Το άτομο μπορεί να αισθάνεται διαταραχή των αισθημάτων και των συναισθημάτων, μπερδεμένες σκέψεις και μπορεί να συμπεριφέρεται με μη φυσιολογικό τρόπο. Συνήθως πιστεύει σε λανθασμένα ή παράλογα πράγματα (παραληρητικές ιδέες) και έχει ψευδαισθήσεις (Robinson, Saunders, 2005, Παπαζήσης, 2005)

## **B. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ**

Η σχιζοφρένεια είναι μια διαταραχή που προσβάλλει πολλές ψυχικές λειτουργίες. Έτσι, χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα προέρχονται από διαταραχή της σκέψης, της αντίληψης, του συναισθήματος, της αίσθησης του εαυτού, της βούλησης, της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και σχέσης με τον εξωτερικό κόσμο, της ψυχοκινητικότητας κ.ά.

### **➤ Σκέψη**

Διαταραχές του περιεχομένου της σκέψης με τη μορφή παραληρητικών ιδεών είναι κοινές στη σχιζοφρένεια. Όσο πιο παράξενες ή αλλόκοτες οι παραληρητικές ιδέες, τόσο πιθανότερο να είναι σχιζοφρενικής προέλευσης: π.χ. παραληρητικές ιδέες μεταβίβασης ή εκπομπής της σκέψης, παραληρητικές ιδέες ελέγχου της σκέψης από εξωτερικές δυνάμεις, παραληρητικές ιδέες τοποθέτησης σκέψης από άλλους κτλ. Κοινές είναι και οι παραληρητικές ιδέες συσχέτισης και δίωξης, ενώ παραληρητικές ιδέες μεγαλείου, θρησκευτικού περιεχομένου, μηδενιστικές, σωματικές κτλ. είναι λιγότερο συχνές. Συχνά στη σχιζοφρένεια είναι παρούσα και διαταραχή του ειρμού ή της μορφής της σκέψης (μορφολογική ή τυπική διαταραχή της σκέψης). Αυτή εκδηλώνεται συνήθως ως χάλαση των συνειρμών και μπορεί να φθάσει μερικές φορές την ασυναρτησία ή τη γλωσσική σαλάτα.

Άλλες διαταραχές της σκέψης που παρατηρούνται στη σχιζοφρένεια είναι η φτώχεια του λόγου, η συγκεκριμένη ή άκαμπτη σκέψη, οι νεολεξίες, η εμμονή, οι ηχητικοί συνειρμοί, η ανακοπή, η ηχολαλία, κ.ά.

### **➤ Αντίληψη**

Οι πιο χαρακτηριστικές διαταραχές της αντίληψης είναι οι ψευδαισθήσεις και ιδιαίτερα οι ακουστικές. Οι ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι διάφοροι ήχοι, χαρακτηριστικές όμως θεωρούνται οι φωνές που ακούει ο ασθενής να προέρχονται μέσα από το κεφάλι του ή από έξω και που είτε τον σχολιάζουν είτε εφόσον είναι περισσότερες από μια συζητούν μεταξύ τους (διάλογος) ή του δίνουν εντολές. Οι τελευταίες είναι πολύ επικίνδυνες γιατί μπορεί να τον διατάξουν να κάνει κακό στον εαυτό του ή σε άλλους.

Οπωσδήποτε, καθώς ακουστικές ψευδαισθήσεις μπορούν σπάνια να εμφανισθούν και σε φυσιολογικά άτομα, θα πρέπει οι φωνές που αναφέραμε να είναι παρούσες για πολλές μέρες ή εβδομάδες είτε συνέχεια είτε κατά διαστήματα. Οπτικές, απτικές, οσφρητικές και



γευστικές ψευδαισθήσεις συμβαίνουν λιγότερο συχνά στη σχιζοφρένεια (είναι πιο συχνές σε «οργανικές» ψυχικές διαταραχές).

- **Σωματικές ψευδαισθήσεις - και κιναισθητικές ψευδαισθήσεις** - παρατηρούνται επίσης στη σχιζοφρένεια. Μια γενική υπερευαισθησία στον ήχο, το φως και τις οσμές είναι συχνή στη σχιζοφρένεια.

#### ➤ **Συναίσθημα**

Συχνά στη σχιζοφρένεια παρατηρούμε αμβλύ ή επίπεδο συναίσθημα ή απρόσφορο συναίσθημα . Η διαταραχή του συναισθήματος, εκτός από τις περιπτώσεις που είναι παρούσα σε υπερβολικό βαθμό (πρόσωπο ακίνητο σαν μάσκα, ανόητο γέλιο) δεν είναι από τα πιο χρήσιμα διαγνωστικά στοιχεία, καθώς είναι και δύσκολο να προσδιορισθεί ακριβώς. Επίσης τα αντιψυχωτικά φάρμακα προκαλούν επιπέδωση του συναισθήματος που μπερδεύει ακόμη περισσότερο τη διαγνωστική αξιολόγηση. Ιδιαίτερα, σημειώνουμε ότι στον Παρανοϊκό Τύπο της σχιζοφρένειας είναι συχνή η ύπαρξη φυσιολογικού συναισθήματος.

#### ➤ **Αίσθηση του εαυτού**

Η αίσθηση του εαυτού που δίνει στο φυσιολογικό άτομο ένα αίσθημα ατομικότητας, μοναδικότητας και αυτοκατεύθυνσης συχνά διαταράσσεται. Έτσι μιλούμε για απώλεια των ορίων τον εγώ που εκδηλώνεται με σύγχυση ταυτότητας, παραληρητικές ιδέες εξωτερικού ελέγχου κτλ.

#### ➤ **Βούληση**

Σχεδόν πάντα υπάρχει κάποιου βαθμού διαταραχή στην αυτόνομη, πρωτοβουλιακή, στοχοκατευθυνόμενη δραστηριότητα, γεγονός που παραβλάπτει σε έντονο βαθμό την ικανότητα για εργασιακή και γενικότερα για παραγωγική λειτουργία.

Η διαταραχή της βούλησης εκδηλώνεται ως ανεπαρκές ενδιαφέρον ή ανικανότητα να ακολουθήσει ο ασθενής μια πορεία ενεργειών μέχρι τη λογική τους κατάληξη.

Διαταραχή της βούλησης αποτελεί και η αμφιβουλησία (αμφιθυμία) που παρατηρείται συχνά στη σχιζοφρένεια και που εκδηλώνεται ως δυσκολία ή αδυναμία επιλογής ανάμεσα σε εναλλακτικές πορείες δράσης. Και η αμφιβουλησία μπορεί να οδηγήσει σε διακοπή της στοχοκατευθυνόμενης δραστηριότητας. (Παπαζήσης, 2005)

### ➤ **Διαπροσωπική λειτουργικότητα και σχέση με τον εξωτερικό κόσμο**

Σχεδόν πάντα υπάρχει δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις. Συχνή είναι η απόσυρση του ασθενή από τον εξωτερικό κόσμο με ταυτόχρονη υπέρμετρη προσήλωση και ενασχόληση με εγωκεντρικές και παράλογες ιδέες και φαντασίες, όπου η αντικειμενικότητα έχει χαθεί. Αυτή η κατάσταση, ιδιαίτερα όταν είναι έντονη έχει αναφερθεί σαν «αυτισμός». Έτσι, ο ασθενής συχνά περιγράφεται από τους οικείους του ή φίλους του σαν χαμένος στον κόσμο του και συναισθηματικά "αποκομμένος από τους άλλους.

### ➤ **Ψυχοκινητικότητα**

Μια ποικιλία διαταραχών χαρακτηρίζει την ψυχοκινητικότητα ιδιαίτερα του βαριά χρόνιου ή σε έντονα οξεία φάση ασθενή. Εκτός από την έντονη διέγερση που μπορεί να χαρακτηρίζει τον ασθενή που βρίσκεται σε οξεία φάση (αρχική ή υποτροπής), η διαταραχή της ψυχοκινητικότητας μπορεί να εμφανισθεί σαν αντίσταση σε εντολές ή προσπάθειες μετακίνησης - κατατονικός αρνητισμός, σαν κατατονικό stupor, σαν κατατονική διέγερση ή σαν ανάληψη απρόσφορων ή παράδοξων κατατονικών στάσεων.

Επίσης, μπορεί να εμφανίζονται παράξενοι μαννερισμοί, ηχοπραξία ή κηρώδης ευκαμψία (κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών δίνεται η εντύπωση σαν να είναι αυτά από κερί, καθώς παραμένουν στις θέσεις που τα μετακινήσαμε).

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

Σχεδόν οποιοδήποτε σύμπτωμα μπορεί να εμφανισθεί σαν συνοδό σύμπτωμα. Συχνές είναι ανωμαλίες της ψυχοκινητικότητας - βάδισμα πάνω - κάτω, κούνημα μπρος - πίσω ή απάθεια και ακινησία. Συχνά εμφανίζεται ιεροτελεστική ή στερεότυπη συμπεριφορά σε συνάρτηση με μαγική σκέψη. Δυσφορική συναισθηματική διάθεση είναι συχνή και μπορεί να πάρει τη μορφή κατάθλιψης, άγχους, θυμού ή συνδυασμού τους. Συχνά παρατηρούνται αποπροσωποποίηση, αποπραγματοποίηση, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις, υποχονδριακές ιδέες που μπορεί ή όχι να είναι παραληρητικού επιπέδου. Τυπικά, δεν υπάρχει διαταραχή της συνείδησης. Σε περιόδους, όμως, οξείας αναζωπύρωσης μπορεί να εμφανισθεί σύγχυση, διαταραχή του προσανατολισμού ή ακόμη και διαταραχή της μνήμης.

Επίσης, μπορεί να εμφανισθούν ανηδονία (απώλεια δηλ. του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης), που είναι ένα άλλο αρνητικό σύμπτωμα, απώλεια του ενδιαφέροντος για φαγητό, απώλεια της libido, διαταραχές του σχήματος του ύπνου (π.χ. να μην κοιμάται την ημέρα και ν' ασχολείται με διάφορες δραστηριότητες τη νύχτα), διαταραχή της συγκέντρωσης.

Συχνά συνυπάρχουν Διαταραχές Σχετιζόμενες με Ουσίες (πολύ κοινή είναι η εξάρτηση από νικοτίνη στους σχιζοφρενικούς). Διαταραχές της Προσωπικότητας όπως Σχιζότυπη, Σχιζοειδής ή Παρανοειδής Διαταραχή της Προσωπικότητας μερικές φορές προηγούνται της έναρξης της σχιζοφρένειας (ως «προνοσηρές» προσωπικότητες).

Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς συχνά αναπτύσσουν και σωματικά συμπτώματα: «μαλακά» νευρολογικά σημεία όπως σύγχυση αριστερού / δεξιού, διαταραχή του συντονισμού των κινήσεων ή φαινόμενο του καθρέφτη, αυτόματες κινητικές ανωμαλίες όπως ρουθουνίσματα, πλατάγισμα της γλώσσας ή γρυλλίσματα, χρόνια δυσκοιλιότητα κ.ά.

Ορισμένες ελάσσονες σωματικές ανωμαλίες π.χ. υψηλότοξη υπερώα, μικρή ή μεγάλη απόσταση των ματιών ή ελάχιστες δυσμορφίες των αυτιών, μπορεί να είναι πιο συχνές σε άτομα με Σχιζοφρένεια. Βέβαια, μπορεί να εμφανισθούν και κινητικές ανωμαλίες δευτερογενώς, που να οφείλονται στα αντιψυχωτικά φάρμακα, όπως παρκινσονισμός προκαλούμενος από νευροληπτικά, κακόηθες νευροληπτικό σύνδρομο, οξεία δυστονία προκαλούμενη από νευροληπτικά, οξεία ακαθισία προκαλούμενη από νευροληπτικά, όψιμη δυσκινησία προκαλούμενη από νευροληπτικά (Παπαζήσης, 2005, [www.sobp.org](http://www.sobp.org)).

## **Γ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Διάφοροι παράγοντες έχουν ενοχοποιηθεί για την ανάπτυξη της νόσου. Οι κυριότεροι από αυτούς είναι η κληρονομικότητα, διάφοροι περιβαλλοντικοί παράγοντες, η δυσλειτουργία κάποιων βιοχημικών ουσιών στον οργανισμό, διάφορες νευρολογικές-ανατομικές ανωμαλίες κ.α

### **A. Κληρονομικοί παράγοντες**

Αν και η παρουσία κληρονομικών και περιβαλλοντικών επιρροών στη σχιζοφρένεια είναι καλά τεκμηριωμένη, δεν έχει αναγνωριστεί ακόμη ένα μόνο γονίδιο ή συνδυασμός γονιδίων ως η μοναδική αιτία πρόκλησης της σχιζοφρένειας. Επιπλέον, δεν έχει αναγνωριστεί κάποιος περιβαλλοντικός παράγοντας ή συνδυασμός περιβαλλοντικών παραγόντων ως υπεύθυνος για την ανάπτυξη σχιζοφρένειας.

Οι μονοζυγωτικοί δίδυμοι αποτελούν πιθανώς την απλούστερη και γλαφυρότερη περίπτωση που υποδεικνύει ότι εμπλέκονται τόσο τα γονίδια όσο και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες. Ο μονοζυγωτικός δίδυμος ενός ασθενή με σχιζοφρένεια έχει 50% πιθανότητα ανάπτυξης της νόσου (σε σύγκριση με 1% πιθανότητα μεταξύ του γενικού πληθυσμού), ένα εύρημα που αποδεικνύει

τον ρόλο της κληρονομικότητας στη σχιζοφρένεια.

Έτσι καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η γενετική προδιάθεση υπάρχει, εκφράζεται όμως μόνο κάτω από συγκεκριμένες περιβαλλοντικές συνθήκες. Ο σχετικός κίνδυνος ανάπτυξης σχιζοφρένειας μεταξύ μελών μιας οικογένειας σχετίζεται άμεσα με τα κοινά τους γονίδια.

## **B. Περιβαλλοντικοί παράγοντες**

Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ανάλογα με το πότε συμβαίνουν:

- Πρώιμα γεγονότα της βρεφικής ή παιδικής ηλικίας που επηρεάζουν την εγκεφαλική ανάπτυξη (π.χ. περιγεννητική υποξία).
- Γεγονότα που προκύπτουν αργότερα, ειδικότερα στη διάρκεια της εφηβείας, κι επομένως εγγύτερα στην έναρξη της σχιζοφρένειας (π.χ. θάνατος στην οικογένεια, αποχωρισμός από την οικογένεια).

Είναι ξεκάθαρο ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας δεδομένου ότι ο γενετικός κίνδυνος ανάπτυξης σχιζοφρένειας είναι μικρότερος από τον θεωρητικά αναμενόμενο κίνδυνο. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν βιολογικά, σωματικά και ψυχοκοινωνικά γεγονότα τα οποία το άτομο αντιλαμβάνεται από τη στιγμή της σύλληψης μέσω της προγεννητικής ανάπτυξης, γέννησης κι επακόλουθης ανάπτυξης. Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι πολλοί περιβαλλοντικοί παράγοντες παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της σχιζοφρένειας.

### **Κάποιοι από αυτούς είναι:**

- Οι επιπλοκές στην εγκυμοσύνη και στον τοκετό
- Οι προγεννητικές και παιδικές λοιμώξεις
- Η εποχή γέννησης
- Ο τόπος γέννησης και η διαμονή σε αστικό περιβάλλον
- Διάφοροι άλλοι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

## **Γ. Βιοχημεία**

Τα συμπτώματα της σχιζοφρένειας προκαλούνται από δυσλειτουργία αρκετών νευροχημικών συστημάτων (βιοχημικών ουσιών) του οργανισμού μας, όπως η Ντοπαμίνη, η Σεροτονίνη, το Γλουταμινικό οξύ.

## **Δ. Νευρολογικές Διαταραχές**

Μερικοί ασθενείς οι οποίοι πάσχουν από σχιζοφρένεια έχουν μικρής σημασίας νευρολογικές ανωμαλίες. Είναι δυνατόν αυτές οι ανωμαλίες να είναι εν μέρει υπεύθυνες για την πρόκληση της πάθησης (Παπαδοπούλου, 2008, [www.medlook.net.cy](http://www.medlook.net.cy))

## Α. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της Σχιζοφρένειας (**Κριτήριο Α**) μπορούν να ομαδοποιηθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες : σε **θετικά συμπτώματα**, που προέρχονται από αύξηση ή διαστρέβλωση φυσιολογικών λειτουργιών και σε **αρνητικά συμπτώματα** που προέρχονται από μείωση ή απώλεια φυσιολογικών λειτουργιών.

Υπάρχουν **δύο κύριοι τύποι** σχιζοφρένειας: **η οξεία** (σύντομης διάρκειας, εβδομάδες - μήνες) και **η χρόνια** (μακράς διάρκειας, μήνες ή χρόνια).

Πολλοί ασθενείς αν υποβληθούν σε θεραπεία, είναι πιθανό να αποκατασταθούν μετά την οξεία προσβολή. Η χρόνια νόσος, ωστόσο, είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστεί.

### **Θετικά συμπτώματα**

Είναι αυτά τα οποία αντιλαμβάνεται ένας ασθενής με σχιζοφρένεια τα οποία όμως ένα φυσιολογικό άτομο δεν αντιλαμβάνεται. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένη σκέψη, μη φυσιολογικά συναισθήματα και ασυνήθη συμπεριφορά. Αρνητικά συμπτώματα είναι αυτά τα οποία αντιλαμβάνεται ένα φυσιολογικό άτομο, ένας ασθενής με σχιζοφρένεια όμως όχι. Σε αυτά συμπεριλαμβάνονται συμπτώματα όπως έλλειψη τάσης για ενέργεια και πρωτοβουλίας, μειωμένη ενεργητικότητα, κοινωνική απόσυρση και απάθεια.

Η σχιζοφρένεια μπορεί να περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος συμπτωμάτων, ένας συγκεκριμένος ασθενής όμως, δεν εμφανίζει κατά ανάγκη όλα τα πιθανά συμπτώματα που σχετίζονται με τη σχιζοφρένεια. Η ένταση των συμπτωμάτων διαφέρει επίσης από άτομο σε άτομο μπορεί δε να διαφέρει ακόμη και σε κάθε μεμονωμένο άτομο. Αυτό καθιστά την κλινική εικόνα της σχιζοφρένειας πολύ ασταθή.

Πολλοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τα κλινικά χαρακτηριστικά της σχιζοφρένειας. Σε αυτά περιλαμβάνονται οι κοινωνικές επαφές, η ηλικία και η ευφυΐα. Για παράδειγμα, η απουσία κοινωνικών επαφών μπορεί να αυξήσει τα αρνητικά συμπτώματα, ενώ πάρα πολλές κοινωνικές επαφές μπορεί να αυξήσουν τα θετικά συμπτώματα. Έφηβοι και νεαρά άτομα υποφέρουν πιο συχνά από διαταραχές της σκέψης και των συναισθημάτων σε σύγκριση με ηλικιωμένους ασθενείς. Ασθενείς χαμηλής ευφυΐας είναι πιθανό να έχουν απλές παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις ενώ πιο ευφυείς ασθενείς μπορεί να υποφέρουν από πιο πολύπλοκες παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις.

## **Αρνητικά συμπτώματα**

Συμπτώματα της σχιζοφρένειας κατά τα οποία ο ασθενής παύει να κάνει πράγματα τα οποία κάνουν τα φυσιολογικά άτομα (π.χ. έλλειψη τάσης για ενέργεια και πρωτοβουλίας, κοινωνική απόσυρση). Τα αρνητικά συμπτώματα είναι πιο εμφανή στη χρόνια σχιζοφρένεια.

## **Πρόδρομη φάση**

Σε πολλούς ασθενείς την έναρξη των οξέων συμπτωμάτων προηγείται μια πρόδρομη φάση. Στη φάση αυτή η λειτουργικότητα του ασθενή εκπίπτει, τα συμπτώματα όμως δεν είναι αρκετά σοβαρά για να επιτρέψουν τη διάγνωση της σχιζοφρένειας. **Τα πιο κοινά συμπτώματα αυτής της φάσης είναι:**

- κοινωνική απόσυρση
- αυτοάρνηση
- έλλειψη πρωτοβουλίας και ενεργητικότητας
- παράλογες σκέψεις

## **α) Οξέα συμπτώματα**

### **▪ Παραληρητικές ιδέες**

Οι παραληρητικές ιδέες είναι λανθασμένα ή παράλογα πιστεύω του ασθενή τα οποία δεν μπορούν να διασκεδαστούν με λογικά επιχειρήματα.

Τα πιο κοινά παραληρήματα είναι το διωκτικό παραλήρημα και το παραλήρημα μεγαλείου. Στο διωκτικό παραλήρημα ο ασθενής νοιώθει ότι παρενοχλείται από τον κόσμο γενικά, από τμήματα της κοινωνίας ή από κάποιο συγκεκριμένο άτομο. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι πάντα παρακολουθείται από την αστυνομία.

Στο παραλήρημα μεγαλείου ο ασθενής πιστεύει ότι είναι ένα φημισμένο πρόσωπο ή μια μη αναγνωρισμένη ιδιοφυΐα. Τέτοιες παραληρητικές ιδέες δεν είναι ειδικές της σχιζοφρένειας και για τον λόγο αυτό έχουν μικρή διαγνωστική αξία.

Άλλου τύπου παραληρητικές ιδέες είναι λιγότερο συχνές αλλά είναι και αυτές ιδιαίτερα χαρακτηριστικές για τη σχιζοφρένεια.

### **▪ Διαταραχές της σκέψης**

Οι διαταραχές της σκέψης συνήθως αντανακλώνται στην ομιλία του ασθενή η οποία είναι ασαφής και δυσνόητη. Στη σχιζοφρένεια, οι διαταραχές του ειρμού της σκέψης συμβαίνουν συχνά. Σε τέτοιες διαταραχές, ο όγκος και η ταχύτητα των σκέψεων αλλάζει. Επίσης μπορεί να

επέλθει μια χαλάρωση του συνειρμού των ιδεών (π.χ. καμία λογική συσχέτιση μεταξύ των ιδεών). Στην πιο σοβαρή της μορφή, ο ασθενής δεν μπορεί να σκεφτεί συντονισμένα και η ομιλία του είναι μπερδεμένη.

### **Μη φυσιολογική συμπεριφορά**

Μερικοί ασθενείς με οξεία σχιζοφρένεια παρουσιάζουν εντελώς φυσιολογική εμφάνιση και συμπεριφορά. Άλλοι μπορεί να εμφανίσουν ακατάλληλη κοινωνική συμπεριφορά, να είναι αφηρημένοι και εσωστρεφείς ή κατά άλλο τρόπο παράξενοι. Μερικοί ασθενείς χαμογελούν και γελούν χωρίς προφανή λόγο. Μερικοί είναι ανήσυχοι και θορυβώδεις, ενώ άλλοι μπορεί να είναι μοναχικοί, σπαταλώντας αρκετό χρόνο στα δωμάτιά τους ίσως ξαπλωμένοι στο κρεβάτι τους βυθισμένοι σε σκέψεις. Η βία δεν είναι πιο συχνή σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό, μπορεί όμως να επιχειρηθεί αυτο-ακρωτηριασμός ή αυτοκαταστροφή (αυτοκτονία).

#### **▪ Έλλειψη εναισθησίας**

Οι περισσότεροι ασθενείς δεν συνειδητοποιούν την πάθησή τους. Δεν μπορούν να δεχτούν ότι αυτά τα οποία αντιλαμβάνονται οφείλονται σε νόσο, αλλά πιστεύουν ότι είναι αποτέλεσμα των πράξεων άλλων ανθρώπων. Αυτή η έλλειψη εναισθησίας κάνει συχνά τον ασθενή απρόθυμο να δεχτεί τη θεραπεία.

#### **Κινητικές διαταραχές**

Στη σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανιστεί ποικιλία κινητικών διαταραχών. Η κατατονική εμβροντησία και η κατατονική διέγερση είναι τα πιο έντονα συμπτώματα ενώ η δραστηριότητα του ασθενή συνήθως κυμαίνεται μεταξύ των δυο αυτών ακραίων καταστάσεων. Η κατατονία ήταν πολύ συχνή τόσο στη χρόνια όσο και στην οξεία σχιζοφρένεια.

#### **▪ Άλλα συμπτώματα**

Η εστίαση της προσοχής και η συγκέντρωση είναι φτωχές στην οξεία σχιζοφρένεια. Η μνήμη ωστόσο, δεν επηρεάζεται.

Συνεπώς, τα κοινά χαρακτηριστικά της οξείας σχιζοφρένειας είναι ιδέες καταδίωξης σε συνδυασμό με ψευδαισθήσεις, άμβλυση του συναισθήματος και ανάρμοστα συναισθήματα καθώς και η παράξενη ιδέα ότι άλλοι άνθρωποι μπορούν να διαβάσουν τις σκέψεις κάποιου άλλου.

## **β) Χρόνια συμπτώματα**

Τα συμπτώματα της χρόνιας σχιζοφρένειας είναι **δύο τύπων**:

- επίμονα θετικά συμπτώματα, παρόμοια με αυτά της οξείας φάσης
- αρνητικά συμπτώματα τα οποία είναι πιο εμφανή σε σχέση με την οξεία φάση.

### **▪ Διαταραχές συμπεριφοράς**

Η μειωμένη ενεργητικότητα και η έλλειψη πρωτοβουλίας είναι συνήθη χαρακτηριστικά της χρόνιας σχιζοφρένειας. Αν αφηθεί μόνος, ο ασθενής μπορεί να παραμείνει αδρανής για μεγάλα χρονικά διαστήματα ή η δραστηριότητά του να είναι άσκοπη και επαναλαμβανόμενη. Ο ασθενής αποσύρεται από τις κοινωνικές συναναστροφές και η συμπεριφορά του μπορεί να είναι προκλητική και να δημιουργήσει αμηχανία στους άλλους ανθρώπους. Μερικοί ασθενείς συλλέγουν και συσσωρεύουν αντικείμενα με αποτέλεσμα το περιβάλλον τους να γίνεται βρώμικο και ακατάστατο. Άλλοι παραβιάζουν τους κοινωνικούς κανόνες μιλώντας με ξένους για προσωπικά θέματα, ή αισχρολογώντας σε δημόσιους χώρους.

### **▪ Συναισθηματικές διαταραχές**

Όπως και στην οξεία πάθηση, η άμβλυση του συναισθήματος και η ανάρμοστη ανταπόκριση παρατηρούνται σε ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια. Επίσης, συχνά εμφανίζεται κατάθλιψη.

Πολλοί ασθενείς με σχιζοφρένεια δεν δέχονται ότι είναι άρρωστοι και αναγνωρίζουν την πάθησή τους μόνο όταν αρχίσουν να καλυτερεύουν. Μερικοί ψυχίατροι πιστεύουν ότι αυτή η συνειδητοποίηση της πάθησής τους, όταν αρχίζουν να γίνονται καλύτερα, προκαλεί την κατάθλιψη. Άλλοι πιστεύουν ότι η μελαγχολία είναι απλώς ένα σύμπτωμα της σχιζοφρένειας ενώ μερικοί γιατροί πιστεύουν ότι είναι ανεπιθύμητη ενέργεια των νευροληπτικών φαρμάκων.

### **▪ Διαταραχές της σκέψης**

Οι ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια μπορεί να υποφέρουν από διαταραχές της σκέψης του τύπου που απαντώνται και στην οξεία σχιζοφρένεια, σε μικρότερο όμως βαθμό. Αυτό αντικατοπτρίζεται συνήθως στην ομιλία του ασθενούς, η οποία είναι αργή, ασαφής και δυσνόητη.

### **▪ Ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες**

Μπορεί να εμφανισθούν ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες παρόμοιες με αυτές που παρατηρούνται στην οξεία σχιζοφρένεια, δεν είναι όμως τόσο συχνές. Ο ασθενής μπορεί να



υπομείνει τις παραληρητικές ιδέες με μικρή συναισθηματική φόρτιση. Για παράδειγμα ο ασθενής μπορεί να είναι πεισμένος ότι θα εκτελεστεί, αλλά δεν δείχνει φόβο ή οργή. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι επίσης αποκομμένες από τις υπόλοιπες σκέψεις του ασθενή. Για παράδειγμα, ο ασθενής μπορεί να πιστεύει ότι οι προσωπικές του σεξουαλικές φαντασιώσεις και πρακτικές συζητούνται ευρέως από ξένους, ενώ κατά τα άλλα οι υπόλοιπες σκέψεις του καθώς και η επαγγελματική και κοινωνική του ζωή είναι εντελώς φυσιολογική.

#### ▪ **Κοινωνική απόσυρση**

Συναισθηματικές και διανοητικές διαταραχές, ψευδαισθήσεις και παραληρητικές ιδέες μπορούν να αποδιοργανώσουν τη ζωή του ασθενούς. Σαν αποτέλεσμα, ο ασθενής συχνά αποσύρεται από τον εξωτερικό κόσμο και ζει τη ζωή του από μέσα. Ο ασθενής μπορεί να δείχνει περιορισμένα ή και καθόλου συναισθήματα απέναντι σε φίλους και συγγενείς και μπορεί να γίνει ασυγκίνητος και αδιάφορος για τα συναισθήματα των άλλων ανθρώπων.

#### ▪ **Άλλα συμπτώματα**

Όπως και με το οξύ σύνδρομο η εστίαση της προσοχής και η συγκέντρωση είναι φτωχές, η μνήμη όμως συνήθως δεν επηρεάζεται. Η εναισθησία των ασθενών με χρόνια σχιζοφρένεια είναι επίσης διαταραγμένη και δεν μπορούν να δεχτούν το γεγονός ότι είναι άρρωστοι. Μερικές φορές, το γεγονός αυτό καθιστά δύσκολη την προσπάθεια να πεισθούν οι ασθενείς ότι χρειάζονται θεραπεία (Παπαζήσης, 2005, [www.medlook.net.cy](http://www.medlook.net.cy)).

### **E. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ**

Η διάγνωση της σχιζοφρένειας βασίζεται σε καθορισμένα κριτήρια τα οποία αφορούν ουσιαστικά στην εμφάνιση συγκεκριμένων συμπτωμάτων (παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος, συναισθηματική επιπέδωση, αβουλησία κα), στον αποκλεισμό άλλων νοσημάτων με παρόμοια συμπτωματολογία καθώς και στον αποκλεισμό λήψης ουσιών και φαρμάκων τα οποία μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση παρόμοιων συμπτωμάτων. Η εμφάνιση της σχιζοφρένειας γίνεται συνήθως στην εφηβεία ή στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής (υπάρχει

όμως και όψιμη έναρξη, όταν η διαταραχή (συμπεριλαμβανόμενης και της πρόδρομης φάσης) αναπτύσσεται μετά τα 45 . Έτσι π.χ. ένας φοιτητής αρχίζει να αδιαφορεί για τα μαθήματα χωρίς συγκεκριμένο λόγο, οι βαθμοί του χειροτερεύουν και αρχίζει να περνά τις ώρες του στο κρεβάτι χαμένος στον κόσμο του. Ή μια γυναίκα εγκαταλείπει σιγά - σιγά τους φίλους της και δεν νοιάζεται για την εμφάνιση της. Εκκεντρική ή παράξενη συμπεριφορά αρχίζει να εμφανίζεται, όπως π.χ. η αναζήτηση κάποιου ειδικού προσωπικού μηνύματος στους τίτλους των εφημερίδων ή χρησιμοποίηση λέξεων με παράξενο τρόπο. Σιγά - σιγά το άτομο δεν μπορεί να εκπληρώσει τις καθημερινές του υποχρεώσεις σαν εργαζόμενος, φοιτητής ή νοικοκυρά, αποσύρεται κοινωνικά και χάνει την πρωτοβουλία του και τα ενδιαφέροντα του. Μπορεί να πάψει να ενδιαφέρεται για την προσωπική του υγιεινή και εμφάνιση και μπορεί να εμφανίσει πολύ παράξενη συμπεριφορά, όπως π.χ. να μαζεύει σκουπίδια, να μιλά μόνος του στο δρόμο, να μαζεύει τροφές κτλ. Στην αρχή το άτομο μπορεί να δείχνει σημαντικού βαθμού άγχος και υπερευαισθησία σε εξωτερικά και διαπροσωπικά ερεθίσματα, αλλά σιγά-σιγά απορροφάται στον εσωτερικό του κόσμο και μπορούν να εμφανισθούν αμβλύ συναίσθημα, φτώχεια του λόγου, παράξενες πεποιθήσεις, προκαταλήψεις, ιδέες συσχέτισης, παραισθήσεις κ.ά. Όλα τα παραπάνω αποτελούν την πρόδρομη φάση της σχιζοφρένειας που μπορεί να διαρκέσει για μέρες ή μήνες. Εντούτοις, μερικοί άνθρωποι δεν αναπτύσσουν τη σχιζοφρένεια μ' αυτόν τον τρόπο, αλλά αντίθετα ξαφνικά εμφανίζουν μια ψυχωτική διάσπαση, δηλαδή μπαίνουν κατ' ευθείαν στην ενεργό φάση. Άσχετα με το αν εμφανισθεί ή όχι πρόδρομη φάση, όλοι οι σχιζοφρενικοί ασθενείς έχουν αυτό που ονομάζεται ενεργός φάση, στη διάρκεια της οποίας η ψύχωση είναι έντονη και φανερή και οι ασθενείς παρουσιάζονται έντονα διαταραγμένοι. Σ' αυτή τη φάση χαρακτηριστικά ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, χάλαση των συνειρμών, ασυναρτησία, παράλογη σκέψη και συμπεριφορά που είναι έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική κυριαρχούν στην κλινική εικόνα. Σ' αυτή τη φάση ο σχιζοφρενικός ασθενής μπορεί να είναι σίγουρος ότι είναι ο Ιησούς Χριστός και η αποστολή του είναι να σώσει τον κόσμο ή ότι θα μεταμορφωθεί σε γυναίκα και θα ξεκινήσει μια νέα φυλή ανθρώπων ή ότι τον παρακολουθούν ή ελέγχουν τον εγκέφαλο του με ραδιοκύματα από διαστημικούς σταθμούς ή άλλους πλανήτες ή ότι τα έντερα του σαπίζουν με καρκίνο κτλ. Έντονες ακουστικές ψευδαισθήσεις κατηγορούν το άτομο για ομοφυλόφιλο ή του δίνουν εντολές για ασυνήθιστες πράξεις, πολλές φορές, όπως αναφέρθηκε, επικίνδυνες. Το άτομο μπορεί να είναι φοβισμένο από αυτές τις αντιληπτικές ή σκεπτικές εμπειρίες ή να τις έχει αποδεχθεί και να φαίνεται ικανοποιημένο.

Η ενεργός φάση της σχιζοφρένειας μπορεί να διαρκέσει για **απροσδιόριστο χρόνο ή μόνο λίγες εβδομάδες**. Βασικό στοιχείο για τη διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι η ύπαρξη χαρακτηριστικών ψυχωτικών συμπτωμάτων στην ενεργό φάση - το ονομαζόμενο κριτήριο A - για 1 τουλάχιστον

μήνα (ή λιγότερο αν θεραπεύθηκαν με επιτυχία). Όταν η ενεργός φάση υποχωρήσει (με ή χωρίς θεραπεία), ο σχιζοφρενικός ασθενής συνήθως δεν επιστρέφει στην προηγούμενη προνοσηρή του λειτουργικότητα, αλλά μπαίνει σε μια υπολειμματική φάση, της οποίας τα συμπτώματα είναι παρόμοια με τα συμπτώματα της πρόδρομης φάσης, αν και η αμβλύτητα ή επιπέδωση του συναισθήματος και η κοινωνικοεπαγγελματική έκπτωση τείνουν να είναι πιο κοινές στην υπολειμματική φάση. Στη διάρκεια της υπολειμματικής φάσης μερικά από τα ψυχωτικά συμπτώματα, όπως παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις, μπορεί να επιμένουν αλλά συνήθως είναι λιγότερο συναισθηματικά φορτισμένα.

Επομένως, τα συμπτώματα της πρόδρομης ή υπολειμματικής φάσης είναι είτε εξασθενημένα θετικά (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις ή μαγική σκέψη όπως δεισιδαιμονία, πίστη σε μαντικές ικανότητες, τηλεπάθεια, «έκτη αίσθηση», «άλλοι μπορούν να νιώσουν τα αισθήματά μου»), ιδέες συσχέτισης ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες όπως υποτροπιάζουσες παραισθήσεις, αίσθηση παρουσίας κάποιας δύναμης ή κάποιου ατόμου· παρεκβατικός, ασαφής, αόριστος λόγος ιδιόρρυθμη συμπεριφορά όπως το να μαζεύει σκουπίδια ή να μιλά μόνος του) είτε αρνητικά συμπτώματα (κοινωνική απομόνωση ή απόσυρση, έλλειψη πρωτοβουλίας, ενδιαφερόντων ή ενεργητικότητας, ελάττωση της ομιλητικότητας κτλ).

Σημειώνουμε, ότι πάντα υπάρχει η πιθανότητα για πλήρη υποχώρηση των συμπτωμάτων ή και ίαση, αν και η συχνότητα της είναι άγνωστη. Η πιο συνηθισμένη πορεία είναι η εμφάνιση κατά καιρούς οξέων εξάρσεων με αύξηση της υπολειμματικής βλάβης ανάμεσα στα επεισόδια ή στασιμότητα. Έτσι, αν συναντήσουμε ένα σχιζοφρενικό ασθενή που επιστρέφει σε φυσιολογική λειτουργικότητα μετά τα ψυχωτικά του επεισόδια, θα πρέπει να αναρωτηθούμε για τη διάγνωση μας και να κοιτάξουμε και γι' άλλες πιθανότητες (π.χ. διπολική διαταραχή ή ψύχωση από ψυχοδραστικές ουσίες).

Έτσι, μολονότι δεν αποκλείεται η πλήρης ύφεση ή ίαση, ο σχιζοφρενικός ασθενής θα παρουσιάσει συνήθως κάποιο υπόλειμμα ψύχωσης, διαπροσωπικής αδεξιότητας, επαγγελματικής ή κοινωνικής ανικανότητας που θα ποικίλλει ευρύτατα, ώστε άλλοι ασθενείς να χρειάζονται χρόνια φροντίδα σε ψυχιατρικά νοσοκομεία, άλλοι να ζουν στην κοινότητα σε ξενώνες, οικοτροφεία, διαμερίσματα κτλ. ή στις οικογένειές τους, άλλοι να εργάζονται με επίβλεψη, άλλοι χωρίς επίβλεψη, άλλοι να σπουδάζουν, άλλοι να διατηρούν κοινωνικές σχέσεις, να έχουν σεξουαλικές σχέσεις (ή και να παντρεύονται) κτλ., πολύ δύσκολα, όμως, να μπορούν να κάνουν και να κρατήσουν χωρίς ν' αρρωστήσουν μιαν ολοκληρωμένη διαπροσωπική -συναισθηματική- ερωτική σχέση. (Robinson, Saunders, 2005) (Παπαζήσης, 2005)

## ΣΤ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Εργαστηριακά, αν και δεν υπάρχουν ευρήματα παθολογικά για τη σχιζοφρένεια, εν τούτοις ορισμένα ευρήματα ανευρίσκονται πιο συχνά σε σχιζοφρενικούς ασθενείς. Έτσι, δομικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές (CT, MRI) έχουν δείξει δομικές αλλοιώσεις στον εγκέφαλο, όπως διεύρυνση των κοιλιών, διεύρυνση των αυλακών και παρεγκεφαλιδική ατροφία.

Ακόμη, ελάττωση του μεγέθους των βασικών γαγγλίων, ελάττωση του όλου μεγέθους του εγκεφάλου. Λειτουργικές νευροαπεικονιστικές τεχνικές (SPECT, PET) έχουν δείξει ελαττωμένη ροή του αίματος ή ελαττωμένη κατανάλωση της γλυκόζης σε συγκεκριμένες περιοχές του εγκεφάλου όπως π.χ. στον προμετωπιαίο λοβό. Νευροψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν διάφορες δυσλειτουργίες, όπως δυσκολία στον εστιασμό της προσοχής, δυσκολία στην αφαιρετική σκέψη ή δυσκολία στην αλλαγή του πλαισίου απάντησης. Νευροφυσιολογικές δοκιμασίες δείχνουν επιβράδυνση του χρόνου αντίδρασης, προβλήματα στην παρακολούθηση με το βλέμμα κ.ά. Ορισμένα άτομα με σχιζοφρένεια πίνουν πολύ νερό («τοξίκωση από νερό») και μπορεί να εμφανίσουν διαταραχές στο ειδικό βάρος των ούρων ή ηλεκτρολυτικές διαταραχές. (Παπαζήσης, 2005)

## Z. ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ

### ➤ **Παρανοϊκός Τύπος**

Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα **παρακάτω κριτήρια:**

A. Έντονη ενασχόληση με μία ή περισσότερες παραληρητικές ιδέες ή συχνές ακουστικές ψευδαισθήσεις.

B. Δεν προεξάρχει κανένα από τα παρακάτω: αποδιοργανωμένος λόγος, αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά ή επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα.

Η λειτουργικότητα του παρανοϊκού σχιζοφρενικού συνήθως παραβλάπτεται λιγότερο από του κατατονικού ή του αποδιοργανωμένου και παρανοϊκοί σχιζοφρενικοί μπορεί να λειτουργούν ικανοποιητικά σε κοινωνικές / επαγγελματικές καταστάσεις, που δεν διεγείρουν τους παρανοϊκούς τους φόβους. Έτσι, μπορεί να είναι παντρεμένοι, να έχουν παιδιά και να εργάζονται.

Άγχος, θυμός, λεκτική και σωματική επιθετικότητα, καχυποψία και υπερευαίσθησία στη διαπροσωπική επαφή συχνά χαρακτηρίζουν αυτόν τον τύπο, όπως και αμφιβολίες για την ταυτότητα του φύλου ή φόβος ότι θα θεωρηθεί το άτομο ομοφυλόφιλο ή θα το προσεγγίσουν ομοφυλόφιλοι.

Η έναρξη αυτού του τύπου τείνει να συμβαίνει αργότερα στη ζωή απ' ό,τι των άλλων τύπων και τα χαρακτηριστικά του γίνονται πιο σταθερά με το πέρασμα του χρόνου.

Οι παραληρητικές ιδέες είναι τυπικά δίωξης ή μεγαλείου, αν και παραληρητικές ιδέες με άλλα θέματα, π.χ. ζήλεια, θρησκεία, σωματοποίηση, μπορεί να εμφανισθούν. Οι παραληρητικές ιδέες μπορεί να είναι πολλαπλές, αλλά συνήθως οργανώνονται /συστηματοποιούνται γύρω από ένα θέμα. Οι παραληρητικές ιδέες δίωξης μπορεί να προδιαθέσουν το άτομο για αυτοκτονία και ο συνδυασμός παραληρητικών ιδεών δίωξης και μεγαλείου μαζί με θυμό μπορεί να προδιαθέσουν για βία.

#### ➤ **Αποδιοργανωμένος Τύπος**

Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα **παρακάτω κριτήρια:**

A. **Προεξάρχουν** όλα τα παρακάτω:

- (1) αποδιοργανωμένος λόγος
- (2) αποδιοργανωμένη συμπεριφορά
- (3) επίπεδο ή απρόσφορο συναίσθημα

B. **Δεν πληρούνται** τα κριτήρια Κατατονικού Τύπου.

Πρόκειται για τον τύπο της σχιζοφρένειας που παλιότερα ονομάζονταν ηβηφρενικός. Την αποδιοργανωμένη συμπεριφορά και τον αποδιοργανωμένο λόγο μπορεί να συνοδεύσουν ανόητη συμπεριφορά και ανόητο γέλιο. Λείπουν οι συστηματοποιημένες παραληρητικές ιδέες, μπορεί όμως να υπάρχουν διασπασμένες παραληρητικές ιδέες ή ψευδαισθήσεις χωρίς οργανωμένο περιεχόμενο. Μαννερισμοί, υποχονδρικά ενοχλήματα παραληρητικού επιπέδου, υπερβολική κοινωνική απόσυρση και παραξενιές στη συμπεριφορά είναι συχνά. Η κοινωνική έκπτωση είναι μεγάλη. Συνήθως υπάρχει προνοσηρή διαταραχή της προσωπικότητας, πρώιμη και ύπουλη έναρξη και χρόνια πορεία χωρίς σημαντική ύφεση.

#### ➤ **Κατατονικός Τύπος**

Τύπος σχιζοφρένειας στην κλινική εικόνα του οποίου κυριαρχούν **δύο τουλάχιστον από τα παρακάτω:**

- (1) κινητική ακινησία όπως γίνεται φανερή με καταληψία (συμπεριλαμβανομένης και της κηρώδους ευκαμψίας) ή με εμβροντησία (stupor)
- (2) υπερβολική κινητική δραστηριότητα (που είναι εμφανώς άσκοπη και δεν επηρεάζεται από εξωτερικά ερεθίσματα)
- (3) ακραίος αρνητισμός (προβολή αντίστασης που προφανώς δεν έχει κανένα κίνητρο σε κάθε εντολή ή διατήρηση δύσκαμπτης στάσης σε κάθε προσπάθεια μετακίνησης) ή αλαλία
- (4) ιδιορρυθμίες των εκούσιων κινήσεων όπως γίνονται φανερές από στάσεις του σώματος (εκούσια λαμβανόμενες απρόσφορες ή αλλόκοτες στάσεις), στερεότυπες κινήσεις, έκδηλους μαννερισμούς, ή έκδηλους μορφασμούς
- (5) ηχολαλία ή ηχοπραξία

Η καταληψία είναι η άκαμπτη διατήρηση μιας θέσης του σώματος για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η κηρώδης ευκαμψία, όπως ήδη αναφέρθηκε, είναι η εντύπωση που δίνεται κατά τις παθητικές κινήσεις των μελών από τον εξεταστή, ότι αυτά μοιάζουν σαν να είναι από κερί, καθώς παραμένουν στη θέση που τα μετακίνησε. Η ηχολαλία είναι η επανάληψη σαν ηχώ (ή σαν ομιλία παπαγάλου) από τον ασθενή αυτών που λέει κάποιο άλλο άτομο. Η ηχοπραξία είναι η επαναληπτική μίμηση από τον ασθενή των κινήσεων ενός άλλου ατόμου. Κατά τη διάρκεια του κατατονικού stupor ή της κατατονικής διέγερσης το άτομο χρειάζεται προσεκτική παρακολούθηση για να μη βλάψει τον εαυτό του ή τους άλλους και μπορεί να χρειασθεί ιατρική φροντίδα λόγω μη λήψης τροφής, εξάντλησης, υπερπυρεξίας, αυτοτραυματισμού κτλ. Η μορφή αυτή της σχιζοφρένειας αν και συχνή πριν μερικές δεκαετίες, είναι πια σπάνια στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ.

Σημειώνουμε, ότι για να διαγνωσθεί αυτός ο τύπος, θα πρέπει κατ' αρχήν να πληροί όλα τα κριτήρια της σχιζοφρένειας και επίσης να μην υπάρχει άλλη αιτιολογία για την κατατονία όπως κάποια ουσία (π.χ. νευροληπτικά), κάποια γενική ιατρική κατάσταση ή κάποιο μανιακό ή καταθλιπτικό επεισόδιο.

#### ➤ **Αδιαφοροποίητος Τύπος**

Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο υπάρχουν συμπτώματα που πληρούν το Κριτήριο Α αλλά δεν πληρούνται τα κριτήρια του Παρανοϊκού, Αποδιοργανωμένου, ή Κατατονικού Τύπου.

#### ➤ **Υπολειμματικός Τύπος**

Τα διαγνωστικά κριτήρια του Υπολειμματικού Τύπου κατά DSM-IV είναι:

Τύπος σχιζοφρένειας στον οποίο πληρούνται τα **παρακάτω κριτήρια**:

A. Απουσιάζουν προεξάρχουσες παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, αποδιοργανωμένος λόγος και έντονα αποδιοργανωμένη ή κατατονική συμπεριφορά.

B. Υπάρχουν σημεία που δείχνουν ότι η διαταραχή συνεχίζεται, όπως φαίνεται από την παρουσία αρνητικών συμπτωμάτων ή δύο ή περισσότερων συμπτωμάτων από αυτά που αναφέρονται στο Κριτήριο A για τη σχιζοφρένεια, που είναι παρόντα με εξασθενημένη μορφή (π.χ. παράξενες πεποιθήσεις, ασυνήθιστες αντιληπτικές εμπειρίες).

Όπως φαίνεται, λοιπόν, από τα κριτήρια, ο τύπος αυτός αναφέρεται στις περιπτώσεις που έχει υπάρξει τουλάχιστον ένα επεισόδιο σχιζοφρένειας, αλλά στην τωρινή κλινική εικόνα δεν υπάρχουν έντονα ψυχωτικά συμπτώματα, ενώ υπάρχουν αρνητικά συμπτώματα ή εξασθενημένα θετικά.

**Σημειώνεται**, ότι αυτό που έχει κυρίως σημασία δεν είναι η ακριβής διάκριση των τύπων, όσο η **διαφοροδιάγνωση** της σχιζοφρένειας από άλλες διαταραχές ([www.medlook.net.cy](http://www.medlook.net.cy), Παπαζήσης, 2005).

## **H. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ-ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Η σχιζοφρένεια είναι πιο συχνή από όσο αντιλαμβάνονται πολλοί άνθρωποι. Στο 1% περίπου των ενηλίκων στις ανεπτυγμένες χώρες έχει διαγνωσθεί σχιζοφρένεια σε κάποιο στάδιο στη ζωή τους. Στις υπό ανάπτυξη χώρες, πιστεύεται ότι ο αριθμός είναι παρόμοιος (στις υπό ανάπτυξη χώρες δεν διαγιγνώσκεται κάθε περίπτωση σχιζοφρένειας εξαιτίας των ανεπαρκών συστημάτων υγείας).

Η επίπτωση της σχιζοφρένειας κυμαίνεται πιθανότατα μεταξύ των 15 και 20 νέων περιπτώσεων ανά 100.000 κατοίκους ανά έτος. Η μέγιστη επίπτωση παρατηρείται στην ηλικία μεταξύ 25 και 30 ετών. Ο επιπολασμός κυμαίνεται πιθανότατα γύρω στις 200 περιπτώσεις ανά 100.000 κατοίκους σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Το γεγονός ότι ο επιπολασμός είναι υψηλότερος της επίπτωσης υποδεικνύει ότι πολλοί ασθενείς υποφέρουν από σχιζοφρένεια για μακρά χρονικά διαστήματα.

Η σχιζοφρένεια μπορεί να εμφανιστεί σε όλες σχεδόν τις ηλικίες, είναι όμως πιο συχνή στην ηλικία των 20-30 ετών. Η νόσος μπορεί να εμφανιστεί ξαφνικά ή μπορεί να επέλθει σταδιακά σε διάστημα εβδομάδων ή μηνών. Η σχιζοφρένεια είναι το ίδιο συχνή σε άνδρες και γυναίκες.

Η κατάχρηση αλκοόλ και φαρμάκων είναι επίσης συχνή σε πληθυσμούς σχιζοφρενών ασθενών. Η πιθανότητα εμφάνισης κατάχρησης ουσιών (κυρίως κατάχρηση αλκοόλ) στους σχιζοφρενείς ασθενείς είναι 47% σε σχέση με 16,7% στον γενικό πληθυσμό. Οι σχιζοφρενείς ασθενείς που

κάνουν κατάχρηση αλκοόλ ή ουσιών είναι πιθανότερο να διαπράξουν έγκλημα, να κάνουν απόπειρα αυτοκτονίας και να μη συμμορφωθούν στην αντιψυχωσική τους αγωγή.

Μεταξύ 20% και 40% των ασθενών με σχιζοφρένεια επιχειρούν αυτοκτονία κατά τη διάρκεια της ζωής τους και 10%-15% των προσπαθειών είναι επιτυχημένες. Συγκριτικά, η πιθανότητα ύπαρξης ολοκληρωμένων αυτοκτονικών προσπαθειών στον γενικό πληθυσμό είναι περίπου 1%.

Η σχιζοφρένεια είναι μία δαπανηρή νόσος, από κάθε άποψη. Για το άτομο είναι μία ιδιαίτερα πειστική νόσος που μπορεί να το οδηγήσει σε χρόνια αναπηρία. Σχετίζεται με αυξημένη πιθανότητα σωματικής νόσου, κατάχρησης ουσιών και πρόωρου θανάτου, λόγω αυτοκτονίας, ατυχημάτων και καρδιαγγειακής νόσου. Για την οικογένεια, η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι καταστρεπτική, καθώς τα μέλη της αντιμετωπίζουν την προοπτική να στηρίζουν έναν συγγενή με μακροχρόνια αναπηρία. Η σχιζοφρένεια είναι η πιο δαπανηρή από όλες τις ψυχικές νόσους. Η θεραπεία της απορροφά περίπου το 2,5% των ετήσιων συνολικών δαπανών για την υγεία στις ΗΠΑ, το 2% στη Γαλλία και την Ολλανδία και το 1,6% στο Ηνωμένο Βασίλειο, σύμφωνα με δεδομένα που συλλέχθηκαν από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 έως τις αρχές της δεκαετίας του 1990.

Τέλος, η σχιζοφρένεια δημιουργεί τεράστιο οικονομικό φορτίο για την κοινωνία, λόγω τόσο του άμεσου κόστους (π.χ. νοσοκομειακή νοσηλεία) όσο και του έμμεσου κόστους (π.χ. απώλεια παραγωγικότητας) [www.e-psychology.gr](http://www.e-psychology.gr), [www.sobp.org](http://www.sobp.org), [www.medlook.net.cy](http://www.medlook.net.cy)).

## **Θ. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ**

Κάθε ασθενής με σχιζοφρένεια έχει διαφορετική εξέλιξη. Η σχιζοφρένεια έχει πολλές μορφές με διαφορετικό τρόπο έναρξης, με διαφορετική πορεία και έκβαση και διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία.

▶ **Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.**

▶ **Αλήθεια: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν είναι συνήθως βίαια και επικίνδυνα.**

Η πραγματικότητα για τη σχέση βίας και σχιζοφρένειας είναι πολύ διαφορετική από την εικόνα που αναπαράγουν τα στερεότυπα. Αποτελέσματα ερευνών έχουν δείξει ότι:

▶ Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων με ψυχική ασθένεια **δε χρησιμοποιεί βία** και γενικότερα τα άτομα με ψυχική ασθένεια δεν είναι περισσότερο επικίνδυνα αν συγκριθούν με τον υγιή πληθυσμό.



▶ Τα άτομα με σχιζοφρένεια εμφανίζουν **ελαφρά αυξημένους δείκτες στα εγκλήματα βίας**. Η βία όμως που σχετίζεται με τη σχιζοφρένεια οφείλεται κυρίως στη μη λήψη των φαρμάκων ή στην ακαταλληλότητα της θεραπείας και στην έλλειψη στήριξης και αποδοχής.

▶ Οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που κάνουν **κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ** διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για εκδήλωση βίαιης συμπεριφοράς.

▶ Οι **παραληρητικές ιδέες** που το περιεχόμενό τους είναι απειλητικό για τη ζωή του ασθενή αυξάνουν τον κίνδυνο εκδήλωσης βίαιης συμπεριφοράς. Συνεπώς η κατάλληλη θεραπεία των παραληρητικών ιδεών μειώνει αισθητά τον παραπάνω κίνδυνο.

▶ Η βίαιη συμπεριφορά των ατόμων με σχιζοφρένεια τις πιο πολλές φορές περιλαμβάνει βίαιες εκδηλώσεις που **σχετίζονται με την επιβίωσή τους**. Στην πραγματικότητα, τα άτομα με σχιζοφρένεια συνήθως δεν είναι θύτες, αλλά θύματα βίαιης συμπεριφοράς ή κακοποίησης.

▶ Τα εγκλήματα βίας που διαπράττονται από τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν **διαφορετικό κίνητρο και διαφορετικά θύματα** σε σχέση με αυτά που διαπράττονται από τους λεγόμενους «υγιείς». Συνήθως, στα πρώτα θύματά τους περιλαμβάνονται άτομα του στενού οικογενειακού τους περιβάλλοντος και ακολουθούν τα πρόσωπα εξουσίας, όπως πολιτικοί, γιατροί ή δικαστές.

▶ Ο μόνος τρόπος για να μειωθεί η εκδήλωση βίαιης και επικίνδυνης συμπεριφοράς στους ασθενείς με σχιζοφρένεια είναι η **πρόσβαση σε θεραπευτικές υπηρεσίες**, η λήψη της κατάλληλης φαρμακευτικής αγωγής και, γενικότερα, της θεραπείας καθώς και η παράλληλη μείωση του στίγματος και των διακρίσεων, που απογοητεύουν και αποθαρρύνουν όσους αναζητούν βοήθεια για τα προβλήματά τους.

▶ **Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν διπλή προσωπικότητα ή διχασμένη προσωπικότητα.**

▶ **Αλήθεια:** Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν έχουν ούτε 'διπλή' ούτε "διχασμένη προσωπικότητα". Αυτό συνήθως λέγεται γιατί τα άτομα με σχιζοφρένεια συχνά συμπεριφέρονται και λειτουργούν αντιφατικά. Υπάρχουν φορές, που άλλα λένε, άλλα εννοούν και άλλα κάνουν, κι ενώ αυτό μπορεί κάποιες στιγμές να συμβεί στον καθένα, στα άτομα με σχιζοφρένεια συμβαίνει συχνότερα. Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι ένα άτομο που εκδηλώνει σχιζοφρένεια μας φαίνεται διαφορετικό επειδή **επηρεάζεται η σκέψη και το συναίσθημα** και όχι συνολικά η προσωπικότητά του.

▶ **Μύθος: Για τη σχιζοφρένεια ευθύνονται οι γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον.**

▶ **Αλήθεια:** Η οικογένεια δεν ευθύνεται για την ανάπτυξη της σχιζοφρένειας.

Δεν υπάρχουν δεδομένα, που να αποδεικνύουν ότι το οικογενειακό περιβάλλον, η ελλιπής διαπαιδαγώγηση ή η κακή ανατροφή προκαλούν σχιζοφρένεια. Ενώ αντίθετα υπάρχουν ερευνητικά στοιχεία, που πιστοποιούν επαρκώς τα **βιολογικά αίτια** της νόσου. Χιλιάδες γονείς υποφέρουν από συναισθήματα ντροπής και ενοχής γιατί θεωρούν ότι πιθανόν αυτοί με τη συμπεριφορά τους προκάλεσαν αυτή την κατάσταση. Σήμερα, έχει αποδειχθεί ότι οι οικογενειακές σχέσεις μπορεί να μην ευθύνονται για τη γένεση της σχιζοφρένειας αλλά μπορεί να επηρεάσουν θετικά ή αρνητικά την εξέλιξή της. Επειδή το συναισθηματικό βάρος από τη σχιζοφρένεια είναι τεράστιο για τα μέλη των οικογενειών, αυτό που χρειάζονται είναι κατανόηση, συμπαράσταση και υποστήριξη και σε καμία περίπτωση απόρριψη και ενοχοποίηση.

▶ **Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια έχουν νοητική στέρηση.**

▶ Αλήθεια: Σχιζοφρένεια και νοητική στέρηση είναι δύο διαφορετικές διαγνώσεις.

Η σχιζοφρένεια προσβάλλει άτομα ανεξάρτητα από το νοητικό τους επίπεδο. Ένα άτομο με νοητική στέρηση δε σημαίνει ότι έχει απαραίτητα κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Ούτε ότι ένα άτομο με σχιζοφρένεια, όταν εμφανίζει προβλήματα από τη σκέψη του, σημαίνει ότι έχει μειωμένη νοημοσύνη. Η σχιζοφρένεια και η νοητική στέρηση είναι **δύο τελείως διαφορετικές καταστάσεις**.

▶ **Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να κλείνονται στο ψυχιατρείο.**

▶ Αλήθεια: Τα άτομα με σχιζοφρένεια πρέπει να νοσηλεύονται όταν και όσο το χρειάζονται πραγματικά.

Αυτό γίνεται, κυρίως, όταν κυριαρχούν τα **οξέα συμπτώματα** της νόσου που δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν σε εξωτερική βάση. Η σχιζοφρένεια σήμερα μπορεί να αντιμετωπιστεί πιο αποτελεσματικά έξω από το ίδρυμα, στην κοινότητα. Εξάλλου, ο εγκλεισμός στο ίδρυμα στερεί τον ασθενή από τα κοινωνικά ερεθίσματα, τον οδηγεί στο περιθώριο και την κοινωνική απομόνωση και συμβάλλει έτσι στη διαίωνιση του στίγματος .

▶ **Μύθος: Οι άρρωστοι με σχιζοφρένεια δεν είναι ικανοί να πάρουν αποφάσεις για τη θεραπεία τους.**

▶ Αλήθεια: Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν αλλά και θέλουν να συμμετέχουν στις αποφάσεις που αφορούν τη θεραπεία τους.

Βέβαια η ικανότητά τους να λάβουν ανάλογες αποφάσεις δεν είναι πάντα η ίδια σε όλες τις φάσεις της ασθένειας. Υπάρχουν φάσεις όπως η έναρξη της νόσου ή οι υποτροπές όπου η ικανότητα αυτή περιορίζεται και άλλες φάσεις όπου ο ασθενής μπορεί να συμμετέχει ενεργά στη θεραπεία του. Οι έρευνες δείχνουν πως η συμμετοχή του ασθενή και της οικογένειάς του στη

λήψη αποφάσεων, βοηθάει στην καλή συνεργασία με το γιατρό και τους θεραπευτές, βελτιώνει το τελικό αποτέλεσμα και ενισχύει τη «συμμόρφωση» στη θεραπεία.

▶ **Μύθος: Τα άτομα με σχιζοφρένεια δεν μπορούν να εργαστούν.**

▶ Αλήθεια: Τα άτομα με σχιζοφρένεια μπορούν να εργαστούν, ακόμη κι αν παρουσιάζουν συμπτώματα.

Οι περισσότερες μελέτες έχουν δείξει, ότι τα άτομα που πάσχουν από σοβαρές ψυχικές ασθένειες βελτιώνονται πολύ όταν εργάζονται και γενικά φαίνεται ότι **η εργασία συμβάλλει στη θεραπεία.**

Η εργασία επιτρέπει στα άτομα με σχιζοφρένεια να έρχονται σε επαφή με ομάδες υγιών και αυξάνει τις πιθανότητες ανάπτυξης σχέσεων με τους άλλους.

▶ **Μύθος: Κανείς δεν θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια.**

▶ Αλήθεια: Κάθε ασθενής με σχιζοφρένεια έχει διαφορετική εξέλιξη. Η σχιζοφρένεια έχει πολλές μορφές με διαφορετικό τρόπο έναρξης, με διαφορετική πορεία και έκβαση και διαφορετική ανταπόκριση στη θεραπεία.

Η γενίκευση, ότι κανείς δε θεραπεύεται από τη σχιζοφρένεια που υπονοεί ότι η σχιζοφρένεια είναι σε όλες τις περιπτώσεις ανίατη νόσος, οδηγεί σε απελπισία και απόγνωση και τους ασθενείς και τους συγγενείς τους.

▶ **Μύθος: Η σχιζοφρένεια προκαλείται από κακά πνεύματα και μάγια.**

▶ Αλήθεια: Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται ούτε από κακά πνεύματα ούτε από μάγια. Παρόλα αυτά, σε πολλά μέρη του κόσμου αρκετοί άνθρωποι πιστεύουν, ότι η σχιζοφρένεια προκαλείται από τις ενέργειες κακών πνευμάτων ή την επίδραση μαγείας.

▶ **Οι μύθοι για τη σχιζοφρένεια δεν σταματούν όμως εδώ.**

Είναι σημαντικό, λοιπόν, να γνωρίζουμε ότι:

- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από κατάρες και από "κακό μάτι".
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι η τιμωρία του Θεού για τις αμαρτίες της οικογένειας.
- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από έλλειψη θρησκευτικής πίστης.
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι το αποτέλεσμα ερωτικής απογοήτευσης.
- Η σχιζοφρένεια δεν οφείλεται στην υπερβολική μελέτη.
- Η σχιζοφρένεια δεν προκαλείται από τον αυνανισμό.
- Η σχιζοφρένεια δεν είναι μεταδοτική ([www.e-psychology.gr](http://www.e-psychology.gr))

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ

## ΓΕΝΙΚΑ

Οποιοσδήποτε συνδυασμός μεταβλητών - ψυχολογικών, βιολογικών, οικογενειακών, κοινωνικών και περιβαλλοντικών - παραγόντων κι αν προκαλεί την κατάθλιψη και τη σχιζοφρένεια, οι κλινικές εκδηλώσεις κάθε νόσου είναι παρόμοιες ανά περίπτωση. Γι' αυτό οι καταθλιπτικοί και οι σχιζοφρενείς ασθενείς στην οποιαδήποτε μορφή τους, αξιολογούνται και αντιμετωπίζονται από τον νοσηλευτή με μια **ολική βιοψυχοκοινωνική προσέγγιση**.

**Ιδιαίτερα** η κατάθλιψη είναι το πιο συχνά ψυχικό νόσημα με το οποίο έρχεται αντιμέτωπος τόσο ο ψυχίατρος όσο και ο ιατρός και νοσηλευτής της πρωτοβάθμιας φροντίδας, στην καθημερινή τους κλινική πράξη. Τα ψυχικά νοσήματα προσθέτουν μεγάλο φορτίο τόσο ψυχολογικό όσο και οικονομικό στους ασθενείς, τις οικογένειές τους αλλά και το κοινωνικό σύνολο. **Ειδικά** για την κατάθλιψη το μέλλον δεν φαίνεται και τόσο ευοίωνο. Σε μια πρόσφατη κοινή ανακοίνωση της Παγκόσμιας Τράπεζας, της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας και του Πανεπιστημίου Harvard αναφέρεται ότι στα επόμενα 20 χρόνια η κατάθλιψη θα καταλάβει **δεύτερη θέση** στον κατάλογο με τις καταστάσεις που προκαλούν σημαντική απώλεια χρόνου υγείας .

## 1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

### A. ΓΕΝΙΚΑ

Η Θεραπεία της κατάθλιψης συνήθως περιλαμβάνει **δύο στάδια**:

[1] Θεραπεία του οξέος σταδίου

[2] Συντήρηση του αποτελέσματος που επιτεύχθηκε στο στάδιο [1]

Ο στόχος του σταδίου [1] είναι να θεραπεύσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης έτσι ώστε ο ασθενής να αρχίσει πάλι να νιώθει καλά και να ξαναγυρίσει της συνηθισμένες του δραστηριότητες. Συνήθως αυτό το στάδιο, όταν χρησιμοποιείται φαρμακευτική θεραπεία, κρατάει περίπου ένα μήνα. Έρευνες έδειξαν ότι οι ασθενείς που σταματούν την θεραπεία στο στάδιο [1] έχουν μεγάλο πιθανότητα υποτροπής της αμέσως επόμενους μήνες. Αντίθετα, αυτοί που συνεχίζουν την θεραπεία και στο στάδιο [2] θεωρείται ότι θεραπεύονται από το παρόν επεισόδιο κατάθλιψης. Η συνέχιση αυτή της θεραπείας συνήθως εκτείνεται από 3-6 μήνες. Μερικοί ασθενείς, που παθαίνουν συχνά επεισόδια κατάθλιψης στη ζωή της μπορεί να ωφεληθούν από την συνεχή χορήγηση αντικαταθλιπτικής θεραπείας. Έχει βρεθεί ότι εάν κάποιος έχει ιστορικό τουλάχιστον 3 διαφορετικών επεισοδίων κατάθλιψης στη ζωή του, τότε μπορεί να ωφεληθεί από την χρόνια προληπτική θεραπεία, με μεγάλες πιθανότητες να μην ξαναπάθει επεισόδιο στην ζωή.

**Οι κύριοι τύποι θεραπείας είναι οι εξής :**

1. Αντικαταθλιπτική φαρμακευτική θεραπεία
2. Ψυχοθεραπεία
3. Συνδυασμός φαρμακευτικής θεραπείας και ψυχοθεραπείας
4. Άλλες θεραπείες (κυρίως ηλεκτροσπασμοθεραπεία).

Για της σοβαρές μορφές κατάθλιψης η φαρμακευτική θεραπεία είναι πολύ αποτελεσματική. Η ψυχοθεραπεία μόνη της δεν έχει δοκιμαστεί σε τέτοιες μορφές.

Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι μπορούν να τα καταφέρουν μόνοι της να αντιμετωπίσουν την κατάθλιψη από την οποία πάσχουν. Αυτό είναι αλήθεια ότι μπορεί να συμβεί. Διάφορες εργασίες έχουν δείξει ότι ένα επεισόδιο σοβαρής κατάθλιψης μπορεί να περάσει μόνο του μέσα σε 12 μήνες.

**Ωστόσο, πρέπει κανείς να γνωρίζει τα εξής:**

- Η φαρμακευτική θεραπεία μπορεί να φέρει σημαντική βελτίωση από τον πρώτο μήνα.
- Η θεραπεία νωρίς μπορεί να προλάβει την κατάθλιψη από το να γίνει σοβαρή ή χρόνια.
- Ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι μεγαλύτερος της ανθρώπους που δεν παίρνουν θεραπεία. Με την θεραπεία οι ιδέες αυτοκτονίας εξαφανίζονται γρήγορα.
- Η θεραπεία μπορεί να προλάβει νέα επεισόδια κατάθλιψης. Χωρίς θεραπεία η πιθανότητα να πάθει κανείς δεύτερο επεισόδιο κατάθλιψης είναι 50% εάν ήδη έχει ένα επεισόδιο στο ιστορικό του. Εάν ήδη έχει πάθει δύο επεισόδια η πιθανότητα να πάθει και τρίτο είναι ακόμη μεγαλύτερη , ενώ από τρία επεισόδια και επάνω η πιθανότητα ξεπερνάει το 90%. Με την θεραπεία η εικόνα αυτή αλλάζει δραματικά.

Οι περισσότεροι άνθρωποι με κατάθλιψη θεραπεύονται ως εξωτερικοί ασθενείς. Τις φορές μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία.

**Μερικοί από της λόγους είναι οι εξής:**

- ✓ Υπάρχουν έντονες ιδέες αυτοκτονίας και γενικά ο κίνδυνος για αυτοκτονία είναι πολύ αυξημένος (π.χ., ήδη ο ασθενής έχει κάνει μια αποτυχημένη απόπειρα).
- ✓ Συνυπάρχουν της ιατρικές καταστάσεις που απαιτούν παρακολούθηση σε νοσοκομείο (της π.χ. σχιζοφρένεια)
- ✓ Χρειάζεται να γίνει ρύθμιση της αντικαταθλιπτικής θεραπείας (π.χ., ο ασθενής παίρνει θεραπεία αλλά μετά από εύλογο διάστημα δεν έχει αποτέλεσμα.
- ✓ Χρειάζεται να γίνει θεραπεία που μπορεί να χορηγηθεί μόνο στο νοσοκομείο (π.χ., ηλεκτροσπασμοθεραπεία).

Συνήθως οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύονται για λίγες ημέρες ή εβδομάδες. (Πλατή, 2006)

(Ραγιά, 2005, Μάνου, 1999)

## **Β. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

Υπάρχουν πολλά είδη αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα αντικαταθλιπτικά επαναφέρουν την ισορροπία των νευρομεταβιβαστών στον εγκέφαλο. Τα περισσότερα φάρμακα ενεργούν είτε στην νοραδρεναλίνη, είτε στην σεροτονίνη είτε και στα δύο αυτά συστήματα νευρομεταβιβαστών. Είναι δουλειά του γιατρού να επιλέξει το φάρμακο που πιστεύει ότι είναι καλύτερο για κάθε ατομική περίπτωση. Παρόλα αυτά, μερικές φορές κάποιο φάρμακο δεν έχει αποτέλεσμα και χρειάζεται να γίνει αλλαγή με κάποιο άλλο. Παρότι η αντικαταθλιπτική θεραπεία είναι εξαιρετικά αποτελεσματική, δεν μπορούμε από πριν να είμαστε σίγουροι ότι ένα φάρμακο θα λειτουργήσει σε ένα συγκεκριμένο ασθενή ή αν θα χρειαστεί και η δοκιμή κάποιου άλλου. Οι ομάδες φαρμάκων που ακολουθούν είναι ευρέως γνωστές ως **αντικαταθλιπτικά**. Παρόλα αυτά είναι γνωστό σήμερα ότι τα ίδια φάρμακα είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση μιας σειράς ψυχιατρικών και σωματικών νοσημάτων και καταστάσεων. Σ' αυτές περιλαμβάνονται, εκτός από την κατάθλιψη, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διαταραχές της σίτισης, οι διαταραχές ελέγχου των παρορμήσεων, οι διαταραχές προσωπικότητας, η ενούρηση, οι ημικρανίες, και το σύνδρομο του χρόνιου άλγους.

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

- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (π.χ., Anafranil) και τα παρόμοια ετεροκυκλικά (π.χ. Ludiomil)
- Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (π.χ. Aurorix)
- Εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (π.χ. Ladose, Seropram, Seroxat, Zolof, Dumyrox κ.λ.π)
- Αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (Efexor, Efexor XR)

Υπάρχουν και πολλά άλλα φάρμακα που δεν ανήκουν σε κάποια από αυτές τις κατηγορίες. Σήμερα κυκλοφορεί ένας μεγάλος αριθμός αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με παρόμοια αποτελεσματικότητα αλλά διαφορετικό προφίλ ανεπιθύμητων παρενεργειών. Έτσι ο γιατρός μπορεί να βρει εκείνο το φάρμακο που μπορεί να ταιριάζει περισσότερο στον κάθε ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη του τον τύπο της κατάθλιψης, την ηλικία του ασθενή, την συνύπαρξη άλλων νοσημάτων, πιθανές προηγηθείσες θεραπείες κ.λ.π

Όλα τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρειάζονται περίπου **3-4 εβδομάδες** για να λειτουργήσουν. Αυτό σημαίνει ότι για να έχει κανείς αποτέλεσμα πρέπει να τα πάρει τουλάχιστον για ένα μήνα. Τα φάρμακα λοιπόν αυτά δεν συνιστώνται για περιστασιακή χρήση, αλλά μόνο στα πλαίσια μίας οργανωμένης θεραπείας.

### **Αντικαταθλιπτική δράση**

Την περασμένη δεκαετία, ως φάρμακα πρώτης επιλογής για τη θεραπεία της κατάθλιψης αντί για τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (ΤΚΑ) άρχισαν να χρησιμοποιούνται οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs). Παρόλο που η αποτελεσματικότητα μεταξύ των δύο διαφορετικών αυτών ομάδων είναι παρόμοια, οι SSRIs δείχνουν να χρησιμοποιούνται πιο συχνά στην κλινική πράξη επειδή παρέχουν μεγαλύτερη ασφάλεια και ανοχή. Είναι όμως γνωστό ότι 29-46% των καταθλιπτικών ασθενών δεν απαντούν πλήρως στην αντικαταθλιπτική αγωγή, 12-15% έχουν μόνο μερική ανταπόκριση, και 19-34% δεν ανταποκρίνονται καθόλου. Παρά το ότι η αναστολή επαναπρόσληψης της σεροτονίνης στον εγκέφαλο, προκαλείται από τους SSRIs αμέσως μετά τη χορήγηση τους, το κλινικό αποτέλεσμα μπορεί να καθυστερήσει 3 έως 4 εβδομάδες. Η έναρξη του αντικαταθλιπτικού αποτελέσματος των ΤΚΑ μπορεί να καθυστερήσει περισσότερο. Το μεσοδιάστημα μέχρι την επίτευξη αντικαταθλιπτικού αποτελέσματος μπορεί να μικρύνει με την ενίσχυση του αντικαταθλιπτικού με φάρμακα από άλλες κατηγορίες, όπως είναι οι σταθεροποιητές του θυμικού ή η βουσπιρόνη. Για να βελτιώσουμε το αντικαταθλιπτικό αποτέλεσμα μπορούμε να αυξήσουμε τη δόση των SSRIs μετά από 4 εβδομάδες για τους ασθενείς που είχαν ελάχιστη βελτίωση και μετά από 8 εβδομάδες για τους ασθενείς που είχαν μερική ανταπόκριση. Εναλλακτικά μπορούμε να προσθέσουμε κάποιο ενισχυτικό φάρμακο στο θεραπευτικό σχήμα, να στραφούμε σε άλλον SSRI ή ακόμη να στραφούμε σε μη-SSRI φάρμακο.

#### **➤ Εκλεκτικοί Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, SSRIs)**

Οι εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs) ανακαλύφθηκαν τη δεκαετία του '70 και κυκλοφόρησαν στις ΗΠΑ για πρώτη φορά το 1988. Από τότε, χρησιμοποιήθηκαν ευρέως λόγω του ευνοϊκότερου προφίλ παρενεργειών, σε σύγκριση με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά. Όλοι οι SSRIs απορροφώνται καλά με τη λήψη από τη στόμα, ασκούν τη μέγιστη δράση μέσα σε 4 έως 8 ώρες, και μεταβολίζονται στο ήπαρ. Διαφορετικοί SSRIs αναστέλλουν διαφορετικά ισοένζυμα του κυτοχρώματος P-450.



Οι SSRIs έχουν διαφορετική ισχύ, όσον αφορά την αναστολή της σεροτονίνης και διαφορετική ημιπερίοδο ζωής. Δεν υπάρχει σημαντική άμεση επίδραση στο νορεπινεφρινεργικό, ντοπαμινεργικό, χολινεργικό, και ισταμινεργικό σύστημα, με συνέπεια να έχουν ένα ευνοϊκό προφίλ παρενεργειών.

### **Αναστολείς Επαναπρόσληψης Σεροτονίνης και Νορεπινεφρίνης (SNRI)**

Τα φάρμακα της ομάδας αυτής ενισχύουν (αποκλείοντας την επαναπρόσληψη) τόσο τα σεροτονεργικά όσο και τα νορεπινεφρινεργικά συστήματα. Η Βενλαφαξίνη αναστέλλει επίσης την επαναπρόσληψη της ντοπαμίνης, ενώ η μιρταζαπίνη εκτός από τον αποκλεισμό της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, ανταγωνίζεται ορισμένους σεροτονεργικούς υποδοχείς.

### **Τρικυκλικά Αντικαταθλιπτικά (TKA)**

Όλα τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά είναι διαθέσιμα σε μορφές που χορηγούνται από του στόματος. Κάποια είναι διαθέσιμα για παρεντερική χρήση, αν και η μορφή αυτή δεν χρησιμοποιείται συχνά. Όσα λαμβάνονται από του στόματος απορροφώνται ταχέως και μεγάλο μέρος της δόσης καταστρέφεται κατά την πρώτη δίοδο του φαρμάκου από το ήπαρ. Τα TKA μεταβολίζονται στο ήπαρ από το κυτόχρωμα P- 450 όπου κάποια από αυτά μετατρέπονται σε ενεργούς μεταβολίτες. Τα TKA διαπερνούν εύκολα τον αιματο-εγκεφαλικό φραγμό, συνδέονται ισχυρά με τις πρωτεΐνες και για το λόγο αυτό δεν μπορούν να απομακρυνθούν με την αιμοκάθαρση. Η καμπύλη απέκκρισης είναι διφασική και περίπου η μισή δόση αποβάλλεται μετά από 48-72 ώρες, ενώ η υπόλοιπη αποβάλλεται μέσα στις επόμενες εβδομάδες.

### **Αναστολείς Μονοαμινοοξειδάσης (MAOIs)**

Η ομάδα αυτή των αντικαταθλιπτικών είναι γενικά στον ίδιο βαθμό αποδεκτή όπως και τα άλλα αντικαταθλιπτικά. Οι MAOIs όμως δεν χρησιμοποιούνται συχνά ως φάρμακα πρώτης επιλογής, επειδή αφ' ενός, η ελλιπής εφαρμογή των περιορισμών του διαιτολογίου μπορεί να οδηγήσει σε υπερτασική κρίση, αφ' ετέρου υπάρχει αυξημένος κίνδυνος σε περιπτώσεις υπερδοσολογίας. Από τους τέσσερις γνωστούς MAOIs, οι τρεις – φαινελζίνη, τρανυλκυπρομίνη, και ισοκαρβοξαζίδη – είναι μη ειδικοί αναστολείς της MAOA και MAOB, ενώ ο τέταρτος, η σελεγιλίνη είναι ειδικός αναστολέας της MAOB. Ρύο MAOIs προερχόμενοι από την υδραζίνη, η ισοκαρβοξαζίδη και η φαινελζίνη υπόκεινται σε ακετυλίωση στο ήπαρ.

## Άτυπα Αντικαταθλιπτικά

Τα φάρμακα αυτά δε σχετίζονται χημικά με τα αντικαταθλιπτικά που προαναφέρθηκαν και **είναι τα εξής παρακάτω:**

- Τραζοδόνη
- Νεφαζοδόνη
- Βουπροπρόνη

## Αγχολυτικά

### **Βενζοδιαζεπίνες**

Τα φάρμακα της ομάδας αυτής είναι τα πλέον συχνά χρησιμοποιούμενα στη θεραπεία του άγχους. Έχουν επίσης ηρεμιστικές, υπνωτικές, αντιεπιληπτικές, και μυοχαλαρωτικές ιδιότητες. Σε χαμηλότερες δόσεις έχουν αγχολυτική δράση, ενώ σε υψηλότερες, κατασταλτική – υπνωτική δράση. Οι βενζοδιαζεπίνες δρουν στο νευροδιαβιβαστικό σύστημα του GABA.

### **Βαρβιτουρικά**

Με την είσοδο των βενζοδιαζεπινών στην φαρμακευτική αγορά, έγινε εμφανής η ανωτερότητα τους έναντι των βαρβιτουρικών στον τομέα της ασφάλειας κατά την υπερδοσολογία και στον τομέα της κατάχρησης. Έτσι τα βαρβιτουρικά, όπως η σεκοβαρβιτάλη, η πεντοβαρβιτάλη, και η μεπροβαμάτη, δεν χρησιμοποιούνται πλέον στη θεραπεία του άγχους.

### **Βουσπιρόνη**

Η βουσπιρόνη δρα στο σεροτονεργικό σύστημα ως σεροτονινεργικός αγωνιστής, μειώνοντας ταυτόχρονα τη συνολική ποσότητα της σεροτονίνης στον οργανισμό. Η δράση της δεν υποκαθιστά αυτή των βενζοδιαζεπινών. Η βουσπιρόνη έχει εγκριθεί για την αντιμετώπιση της γενικευμένης αγχώδους διαταραχής, αλλά χρησιμοποιείται επίσης συχνά ως ενισχυτικός παράγοντας άλλων φαρμάκων, όπως των SSRIs.

## Παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων

1. Πολλοί άνθρωποι πιστεύουν ότι τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν εξάρτηση, δηλαδή να τα συνηθίσει ο οργανισμός με τον τρόπο που συνηθίζει τα ναρκωτικά. Αυτό στην πραγματικότητα δεν ισχύει : ΤΑ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ ΔΕΝ ΠΡΟΚΑΛΟΥΝ ΕΞΑΡΤΗΣΗ. Τα μόνα φάρμακα που μπορεί να προκαλέσουν εξάρτηση και δρουν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα είναι οι βενζοδιαζεπίνες (τα γνωστά ηρεμιστικά-αγχολυτικά, όπως το Tavor, Stedon, Tranxene, Xanax κ.λ.π) όταν παίρνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα και χωρίς τις οδηγίες γιατρού. Και σ' αυτές όμως τις περιπτώσεις η διακοπή των φαρμάκων είναι συνήθως εφικτή κάτω από τις οδηγίες του ειδικού. Οι βενζοδιαζεπίνες δεν κάνουν για την κατάθλιψη, μπορεί μόνο να ωφελήσουν για την βραχυχρόνια αντιμετώπιση του άγχους και γι' αυτό μερικές φορές συνδυάζονται με αντικαταθλιπτικά για μικρό χρονικό διάστημα.
2. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα δεν είναι ηρεμιστικά. Για τα ηρεμιστικά ισχύουν αυτά που αναφέρθηκαν πιο πάνω στο [1] για τις βενζοδιαζεπίνες.
3. Τα αντικαταθλιπτικά δεν αλλοιώνουν την προσωπικότητα του ατόμου. Στην πραγματικότητα οι μόνες ουσίες που μπορεί να το πετύχουν αυτό (εάν διευρύνουμε λίγο το μήνυμα της έννοιας αλλοίωση) είναι το αλκοόλ σε μεγάλη και παρατεταμένη χρήση και οι άλλες ναρκωτικές ουσίες.
4. Οι παρενέργειες που μπορεί να προκαλέσουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι συνήθως ήπιες, σπάνια επιβάλλουν τη διακοπή της θεραπείας και στις περισσότερες περιπτώσεις εξαφανίζονται μετά από λίγες ημέρες χρήσης του φαρμάκου. Οι πιο συνηθισμένες παρενέργειες είναι : Ναυτία και άλλες διαταραχές από το γαστρεντερικό, αίσθημα ζάλης, ξηροστομία, προβλήματα κατά την ούρηση κ.α. Μερικά αντικαταθλιπτικά μπορεί να προκαλέσουν ελαφριά υπνηλία και γι' αυτό είναι καλύτερα να παίρνονται το βράδυ πριν τον ύπνο. Άλλα, απεναντίας μπορεί να προκαλούν αυξημένη κινητοποίηση και έτσι είναι καλύτερα να παίρνονται το πρωί (Santrock, 2004).

## Γ. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Κατ' αρχάς τονίζεται ότι ο όρος ψυχοθεραπεία δεν είναι συνώνυμος με τον όρο ψυχανάλυση, όπως πολύς κόσμος νομίζει. Η ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπεία είναι ένα από τα είδη ψυχοθεραπείας. Κατ' αρχάς αυτό που χρειάζεται σε ένα πρώτο στάδιο είναι ένας ψυχοθεραπευτής που θα μπορέσει να κατανοήσει τα προβλήματά σας και να σας υποστηρίξει στις δύσκολες στιγμές που περνάτε. Αυτό, συνήθως το λέμε υποστηρικτική ψυχοθεραπεία και πολλές φορές μπορεί να είναι αρκετό για να ανακουφιστείτε από τα συμπτώματά σας σε συνδυασμό και με μια φαρμακευτική αγωγή.

Η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι μια σχετικά καινούρια ψυχοθεραπεία, η οποία έχει πολύ καλά αποτελέσματα τόσο στην κατάθλιψη όσο και στις αγχώδεις διαταραχές / φοβίες, όπως έχουν δείξει μελέτες στα πιο έγκυρα Ιατρικά Περιοδικά. Σήμερα, η γνωσιακή ψυχοθεραπεία είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη ψυχοθεραπεία στον κόσμο.

Η ψυχαναλυτικού τύπου ψυχοθεραπεία είναι πιο χρήσιμη για προβλήματα προσωπικότητας ή γενικότερα για ανθρώπους που θα ήθελαν αν χρησιμοποιήσουν αυτόν τον τρόπο για να μάθουν περισσότερο για τον εαυτό τους, αλλά σε γενικές γραμμές δεν έχει σχεδιαστεί για να χρησιμοποιηθεί στο οξύ ιδίως στάδιο της κατάθλιψης.

Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι να επιφέρει δραστικές αλλαγές σε δυσλειτουργικούς τρόπους σκέψης, καθώς και δυσλειτουργικές συναισθηματικές αντιδράσεις και συμπεριφορές. Υπάρχουν πολλά είδη ψυχοθεραπευτικών προσεγγίσεων, όπως η ψυχοδυναμική, η γνωσιακή-συμπεριφορική, η διαπροσωπική, η συστημική, η συνθετική, η προσωποκεντρική, η υπαρξιακή κ.ά.

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

### **Άλλοι επί μέρους στόχοι της ψυχοθεραπείας είναι:**

- 1) Αυτογνωσία
- 2) Αντιμετώπιση των ενοχλητικών συμπτωμάτων
- 3) Εκμάθηση ικανοτήτων επικοινωνίας και τεχνικών επίλυσης προβλημάτων
- 4) Αύξηση των επιδόσεων και βελτίωση της ικανότητας για αγάπη, εργασία, μάθηση και εξωτερική σκέψη και συναισθημάτων
- 5) Βελτίωση προσωπικών και επαγγελματικών σχέσεων

- 6) Εναρμόνιση λογικής, συγκινήσεων και συμπεριφοράς
- 7) Βελτίωση της εικόνας του εαυτού και της αυτοεκτίμησης
- 8) Αύξηση ελευθερίας επιλογών

Στα ψυχικά νοσήματα συνήθως, δεν μπορούν να μας βοηθήσουν ούτε τα άτομα του οικογενειακού μας περιβάλλοντος. Ότι και να μας λένε εμείς το παίρνουμε στραβά. Δίνουμε σε όλα αρνητικό νόημα. Βλέπουμε μόνο την κακή όψη των πραγμάτων. Ο ψυχοθεραπευτής εξάλλου δεν θέλει απλά να μας παρηγορήσει αλλά να μας βοηθήσει να αλλάξουμε τον εαυτό μας. Ο ψυχοθεραπευτής χρησιμοποιεί μεθόδους και τεχνικές οι οποίες θεμελιώνονται σε επιστημονικές θεωρίες και αποσκοπούν στην θεραπεία ψυχοπαθολογικών συμπτωμάτων, τη βελτίωση ψυχολογικών δεξιοτήτων, αλλά και γενικότερα στην προσωπική ανάπτυξη και αυτογνωσία.

### **Λειτουργία Ψυχοθεραπείας**

#### **Οι άνθρωποι ανατρέχουν στην ψυχοθεραπεία όταν:**

- 1) Αισθάνονται έντονα και επίμονα αισθήματα άγχους, φόβου, θλίψης, σύγχυσης, ανίας, εξάντλησης ή έλλειψης ελπίδας τα οποία δεν μπορούν να ξεπεράσουν μόνο με τις δικές τους προσπάθειες ή δεν γνωρίζουν τα ακριβή αίτια των αισθημάτων τους.
- 2) Οι συναισθηματικές και συγκινησιακές δυσκολίες διαταράσσουν την ομαλή λειτουργία της καθημερινής τους ζωής.
- 3) Ενώ θέλουν δυσκολεύονται να αλλάξουν κάποια επιβλαβή συνήθεια ή συμπεριφορά.
- 4) Αντιμετωπίζουν δυσκολίες επικοινωνίας στις σχέσεις τους με άτομα του στενού περιβάλλοντος.
- 5) Δυσκολεύονται να βρουν φίλους ή ερωτικούς συντρόφους.
- 6) Η ζωή τους χαρακτηρίζεται από έλλειψη στόχων, αξιών και ιδανικών και δυσκολεύονται να αναλάβουν ευθύνες.
- 7) Συντρίβονται κάτω από το βάρος των περιστάσεων χωρίς να μπορούν να νιώσουν χαλάρωση και χαρά.
- 8) Αισθάνονται ότι χάνουν τον έλεγχο και δεν είναι κυρίαρχοι της ζωής τους.
- 9) Βασανίζονται από πιθανές ψυχογενείς σωματικές ενοχλήσεις όπως: έλκος στομάχου, δερματικά εξανθήματα ή άσθμα.
- 10) Επιθυμούν να διαχειρίζονται καλύτερα αρνητικές καταστάσεις, αισθήματα και συμπεριφορές όπως: χαμηλή αυτοεκτίμηση, εργασιακό στρες, έμμονες ιδέες, ψυχαναγκαστικές πράξεις, διαταραχή της όρεξης για φαγητό, δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, μνήμης και προσοχής, διαταραχή του ύπνου, εξαρτήσεις, θρήνο για τον αποχωρισμό ή το θάνατο αγαπημένου προσώπου,

προβλήματα σχολικής συμπεριφοράς, προβλήματα επικοινωνίας ομάδων, ψυχολογικά προβλήματα ή προκλητικές συμπεριφορές οικογενειακών μελών ή φίλων.

### **Αποτελεσματικότητα Ψυχοθεραπείας**

Οι περισσότερες έρευνες υποστηρίζουν ότι η θεραπεία μειώνει αποτελεσματικά το άγχος, την κατάθλιψη και το φόβο, αυξάνει τη δυνατότητα δημιουργικής επικοινωνίας και μειώνει την ένταση των ψυχογενών σωματικών συμπτωμάτων όπως εξάντληση, ταχυκαρδία, δυσκολίες αναπνοής και ζάλη.

Οι περισσότεροι άνθρωποι που έχουν συμμετάσχει έστω και σε λίγες ψυχοθεραπευτικές συνεδρίες, νιώθουν πολύ καλύτερα από άτομα που ενώ αντιμετώπιζαν τα ίδια προβλήματα, δεν έκαναν καμιά θεραπεία. Οι έρευνες υποστηρίζουν όλο και περισσότερο την άποψη ότι η ψυχολογική και η σωματική υγεία είναι στενά συνδεδεμένες και ότι η ψυχοθεραπεία βελτιώνει την γενική κατάσταση της υγείας.

### **Πιο συγκεκριμένα:**

- 1) Ξεκαθάρισε στον θεραπευτή τις προσδοκίες σου και κράτησέ τον ενήμερο για όλους τους προβληματισμούς, τους φόβους και τις αμφιβολίες σου.
- 2) Παρακολούθησε με συνέπεια όλες τις συναντήσεις.
- 3) Αν σου έχει προτείνει μεθόδους ή τεχνικές προσπάθησε όσο μπορείς να τις εφαρμόζεις.
- 4) Αν είναι δυνατόν άφησε λίγο χρόνο ελεύθερο πριν και μετά από κάθε συνάντηση.
- 5) Πόσος χρόνος και πόσες συναντήσεις θα χρειασθούν για να πετύχω τους θεραπευτικούς μου στόχους;

### **Αυτό που πρέπει να γνωρίζουμε είναι πως η διάρκεια της ψυχοθεραπείας και ο αριθμός των συναντήσεων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες όπως:**

- 1) Το είδος και η σοβαρότητα των προβλημάτων που αντιμετωπίζεις:  
Η αντιμετώπιση μιας συγκεκριμένης φοβίας μπορεί να είναι υπόθεση ελάχιστων συναντήσεων ενώ μια σοβαρή ψυχωσική διαταραχή μπορεί να απαιτεί εκτός από τα φάρμακα και μόνιμη ψυχολογική στήριξη.
- 2) Η θεραπευτική μέθοδος που ακολουθεί ο θεραπευτής:  
Η ψυχανάλυση για παράδειγμα διαρκεί πολύ περισσότερο από την συμπεριφορική θεραπεία.
- 3) Η δυνατότητά σου να συνεργάζεσαι με το θεραπευτή:

Αν ο βαθμός και η ποιότητα των προβλημάτων μειώνει την ικανότητά σου να συνεργάζεσαι δημιουργικά με τον θεραπευτή και εκδηλώνεις αρνητισμό είναι πιθανό η θεραπευτική διαδικασία να καθυστερήσει.

4) Η λειτουργικότητα της συγκεκριμένης ψυχοθεραπευτικής μεθόδου στην αντιμετώπιση των συγκεκριμένων προβλημάτων που θέλεις να ξεπεράσεις:

Για παράδειγμα ενώ η αγχώδης διαταραχή και οι κρίσεις πανικού αντιμετωπίζονται σε δέκα περίπου συναντήσεις με την γνωσιακή θεραπεία, η αντιμετώπιση πιο σοβαρών διαταραχών της προσωπικότητας που έχουν τη ρίζα τους σε τραυματικές εμπειρίες της παιδικής ηλικίας θα χρειασθούν πολύ περισσότερο χρόνο με την αναλυτική θεραπεία.

5) Η θετική ή αρνητική επιρροή που θα δεχθεί ο θεραπευόμενος από παράγοντες ανεξάρτητους από τη θεραπεία:

Η εύρεση εργασίας για παράδειγμα θα μπορούσε να βοηθήσει την γρήγορη, θετική έκβαση της θεραπείας ενώ ένας χωρισμός θα μπορούσε να επιδράσει αρνητικά στα συναισθήματα του θεραπευόμενου και να καθυστερήσει τη θεραπεία.

6) Το «ύψος» των θεραπευτικών στόχων:

Σε όλη τη διάρκεια της θεραπείας είναι απαραίτητο να αξιολογούμε μαζί με τον θεραπευτή σε ποιο βαθμό έχουμε πετύχει τους αρχικούς θεραπευτικούς μας στόχους. Η επίτευξη αυτών των στόχων θα είναι και ο κύριος παράγοντας που θα καθορίσει το τέλος της θεραπείας.

Το ξεκίνημα της ψυχοθεραπείας είναι πράξη που δείχνει υγεία και δύναμη. Η ψυχοθεραπεία είναι ένα ελπιδοφόρο βήμα για μια πιο ικανοποιητική ζωή. Οι άνθρωποι που μας αγαπούν πραγματικά υποστηρίζουν τις επιλογές μας, ιδιαίτερα όταν πρόκειται για την προσωπική μας υγεία και ευτυχία. Ο τρόπος που ο κόσμος αντιλαμβάνεται την ψυχοθεραπεία έχει **βελτιωθεί** αισθητά τα τελευταία χρόνια. (Ιεροδιακόνου, 1990)

## Δ. ΑΛΛΕΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

Υπάρχουν και κάποιες άλλες μορφές βιολογικών θεραπειών διαθέσιμες για την αντιμετώπιση των καταθλιπτικών διαταραχών και ορισμένων από τις αγχώδεις διαταραχές.

### Ηλεκτροθεραπεία

Η ηλεκτροθεραπεία (ECT) είναι μία ασφαλής και αποτελεσματική θεραπεία για ασθενείς με μείζονες καταθλιπτικές διαταραχές, ιδιαίτερα με μελαγχολικά ή ψυχωσικά στοιχεία, μανία, κατατονία, και πιθανόν άλλες μορφές ψύχωσης. Είναι χρήσιμη για τη θεραπεία ατόμων στα οποία αντενδείκνυται η φαρμακοθεραπεία, όπως οι έγκυες γυναίκες και κάποιοι γηριατρικοί ασθενείς. Η ηλεκτροθεραπεία συνίσταται στη πρόκληση γενικευμένης επιληπτικής κρίσης, η οποία προκαλεί αλλαγές στα νευροδιαβιβαστικά συστήματα. Η αντικαταθλιπτική δράση που συνδέεται με την επιτυχή ηλεκτροθεραπεία, πιθανώς σχετίζεται με τη μείωση της λειτουργικότητας (down regulation) των συστημάτων των β- αδρενεργικών υποδοχέων.

Συνήθεις **παρενέργειες** σχετιζόμενες με την ηλεκτροθεραπεία είναι η **σύγχυση** και το **οξύ οργανικό ψυχοσύνδρομο**. Το ενδιαφέρον των κλινικών εστιάζεται όμως συνήθως στη διαταραχή της μνήμης. Τα δεδομένα δείχνουν ότι οι περισσότεροι ασθενείς επανέρχονται στην προηγούμενη γνωστική λειτουργικότητα σε 6 περίπου μήνες μετά το τέλος των συνεδριών. ασθενείς που παρουσιάζουν προβλήματα μνήμης που επιμένουν, συνήθως δεν έχουν τη δυνατότητα μνημονικής ανάκλησης των γεγονότων που συνέβησαν κατά την εποχή των συνεδριών

### Φωτοθεραπεία

Η κύρια ένδειξη για φωτοθεραπεία είναι η εποχιακή συναισθηματική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται συνήθως από καταθλιπτικά επεισόδια κατά τη διάρκεια του φθινοπώρου και του χειμώνα. Ο ασθενής εκτίθεται σε τεχνητό φως 2.500 περίπου lux (200 φορές φωτεινότερο από τις οικιακές λάμπες) μία ή δύο φορές την ημέρα. Οι **συχνότερες παρενέργειες** είναι η κεφαλαλγία, ο πόνος στα μάτια και η ευρεθιστότητα.

### Ψυχοχειρουργική

Η ψυχοχειρουργική ενδείκνυται συνήθως σε ανθιστάμενες στη θεραπεία περιπτώσεις αγχωδών διαταραχών ή κατάθλιψης –ιδιαίτερα μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και ιδεοψυχαναγκαστικής διαταραχής. Οι ασθενείς θα πρέπει να μην έχουν απαντήσει σε πολλαπλές κλασικές θεραπείες πριν παραπεμφθούν για νευροχειρουργική αντιμετώπιση. Τα κριτήρια επιλογής είναι αυστηρά, αλλά μόνο 30-60 % αυτών που τα πληρούν μπορούν να αναμένουν βελτίωση στα συμπτώματα, ενώ λιγότεροι από 3% των ασθενών που αντιμετωπίζονται με αυτή τη μέθοδο παρουσιάζουν επιδείνωση ( Sandrock, 2005)



## Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Η νοσηλευτική φροντίδα του καταθλιπτικού αρρώστου στο νοσοκομείο εξατομικεύεται με τη μέθοδο της νοσηλευτικής διεργασίας και εστιάζεται σε τρεις ομάδες αναγκών, **οι οποίες είναι:**

α) **Άμεσες ανάγκες** σχετιζόμενες με την απειλή της ζωής και την ασφάλεια του αρρώστου, π.χ. πρόληψη αυτοκτονίας

β) **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 οικογένειας του για την πρόληψη υποτροπής της κατάθλιψης ή την έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση της ώστε να διατηρείται με λίγη ή καθόλου κατάθλιψη για όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα.

Η νοσηλευτική έχει την αποστολή να βοηθήσει τον καταθλιπτικό άρρωστο στην 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.

**Νοσηλευτικές διαγνώσεις** για τη μείζονα κατάθλιψη (ως μοναδικό επεισόδιο), τη μείζονα κατάθλιψη (ως υποτροπιάζον επεισόδιο) και τη δυσθυμία

1. Μεγάλος κίνδυνος για επιθετικότητα εναντίον του εαυτού
2. Διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας
3. Χρόνια χαμηλή αυτοεκτίμηση
4. Μη αποτελεσματική αντιμετώπιση ατομικών προβλημάτων
5. Απελπισία
6. Αίσθημα αδυναμίας
7. Ανεπαρκής αυτοφροντίδα

**Νοσηλευτική διάγνωση:** Μεγάλος κίνδυνος εκδήλωσης επιθετικότητας εναντίον εαυτού. Συμπεριφορά αρρώστου με αυτοκτονικό ιδεασμό που απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει και αποπειράται να αυτοκτονήσει.

### **Αιτιολογικοί /σχετιζόμενοι παράγοντες:**

- Ιστορικό προσπαθειών αυτοκτονίας κατά την περίοδο καταθλιπτικών επεισοδίων.
- Φανερές προσπάθειες αυτοκαταστροφής (αυτοτραυματισμοί, προσπάθειες απαγχονισμού).
- Εκφράζει προφορικά τον αυτοκτονικό ιδεασμό ή το σχέδιο του: « Δε θέλω να ζήσω πια. Θα πάρω μεγαλύτερη δόση φαρμάκων για να πεθάνω ».
- Εκδηλώνει λύπη, απόγνωση, απελπισία ή απώλεια ευχαρίστησης ή σκοπού στη ζωή.
- Άρνηση φαγητού, φαρμάκων και φροντίδας.
- Ξαφνικά μοιράζει τα ατομικά του πράγματα.
- Συχνά κλαίει, είναι κατηφής, διεγείρεται.
- Βαθμιαία απόσυρση από το περιβάλλον.
- Το συναίσθημα δεν ξανοίγει (δεν γίνεται πιο χαρούμενο) καθώς η μέρα προχωρεί.
- Δυνητικά θετικές περιστάσεις, γεγονότα ή επικοινωνίες δεν αλλάζουν τον ιδεασμό του αρρώστου.
- Άρνηση συμφωνίας με τον νοσηλευτή ότι δεν θα αυτοκτονήσει.
- Απώλεια αυτοεκτίμησης, αισθήματος προσωπικής αξίας  
(Υποκειμενικά: « Δεν αξίζω τίποτε. Δεν αξίζω να ζω ». Αντικειμενικά: ελλειμματική αυτοφροντίδα, π.χ. παραμελημένη υγιεινή και εμφάνιση, απομόνωση και απόσυρση).
- Αμφιταλάντευση, αμφιγνώμια (βιώνει δύο αντίθετα συναισθήματα, σκέψεις ή κίνητρα ή επιθυμίες ταυτόχρονα π.χ. θέλει να ζήσει και δεν θέλει να ζήσει την ίδια ώρα).
- Εκδηλώνει ξαφνική ανύψωση της διάθεσης ή πιο ήρεμο, πιο ειρηνικό τρόπο με περισσότερη ενεργητικότητα (μπορεί να δείχνει ανακούφιση από αμφίγνωμες σκέψεις και συναισθήματα για να σκοτώσει τον εαυτό του, πράγμα που δίνει σήμα στο προσωπικό για πιθανή επικείμενη απόπειρα αυτοκτονίας).

### **Νοσηλευτικοί σκοποί / κριτήρια αξιολόγησης των παρεμβάσεων**

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο ώστε 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 κατάσταση.

- Κάνει σχέδια για το μέλλον που περιλαμβάνουν δραστηριότητες αλλά και ιατρική παρακολούθηση και συμμόρφωση στη φαρμακοθεραπεία.

## Νοσηλευτικές παρεμβάσεις

1. **Εκτίμηση του βαθμού επικινδυνότητας - δυνατότητας για αυτοκτονία** παρατηρώντας τη συμπεριφορά του αρρώστου. Ο βαθμός απελπισίας που εκφράζει ο άρρωστος είναι ενδεικτικός της βαρύτητας της κατάθλιψης και του κινδύνου αυτοκτονίας. Οι 8 στους 10 που λένε ότι θέλουν να αυτοκτονήσουν, το κάνουν. Η πιθανότητα αυξάνει αν το άτομο ή κάποιος από την οικογένειά του αποπειράθηκε στο παρελθόν και συνυπάρχει κατάθλιψη. Οι παρορμητικοί ή οι ψυχωτικοί άρρωστοι με ακουστικές ψευδαισθήσεις που τους παρακινούν στην αυτοκαταστροφή, μπορούν να αυτοκτονήσουν χωρίς προειδοποιητικά σημεία.

2. **Επανεκτίμηση της δυνατότητας αυτοκτονίας περιοδικά**, ιδιαιτέρως σε περιπτώσεις αλλαγής της διάθεσης, αύξησης της απόσυρσης, ετοιμασίας εξόδου πριν να προγραμματισθεί. Ο κίνδυνος αυτοκτονίας είναι μεγαλύτερος κατά τον 1ο μήνα της ενδονοσοκομειακής νοσηλείας. Οι μισές από τις αυτοκτονίες των νοσηλευόμενων ασθενών συμβαίνουν έξω από το νοσοκομείο, όταν έχουν άδεια (ο μεγαλύτερος κίνδυνος είναι όταν ο άρρωστος έχει ιδέες αυτοκτονίας και επαρκή ενεργητικότητα για να την πραγματοποιήσει). Εξήγηση στον άρρωστο από τον νοσηλευτή ότι ενδιαφέρεται για την ασφάλεια του και θα τον βοηθήσει να διατηρηθεί ασφαλής. Αυτό διαβιβάζει τη νοσηλευτική μέριμνα και παρέχει αίσθημα προστασίας. **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. Προσοχή να μη 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.

**Έλεγχος** όλων των ατομικών ειδών που έφερε ο άρρωστος στο νοσοκομείο και ενημέρωση της οικογένειας να μη του φέρνει επικίνδυνα είδη. **Παρακολούθηση** του αρρώστου ακόμη και όταν χρησιμοποιεί τους βοηθητικούς χώρους με προηγούμενη ενημέρωση του. Έχουν συμβεί αυτοκτονίες και σ' αυτούς τους χώρους. Νοσηλευτικοί γύροι στους θαλάμους σε συχνά αλλά όχι

τακτά διαστήματα (ιδιαίτερα τη νύκτα, τα 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 το νοσηλευτή να γνωρίζει σε κάθε στιγμή πού είναι ο άρρωστος. Ιδιαίτερα σε ώρες που είναι λιγότερο το προσωπικό. Συστηματικός έλεγχος του περιβάλλοντος για επικίνδυνα σημεία, π.χ. 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.

**3. Ενθάρρυνση του αρρώστου και της οικογένειας του να ρωτήσουν** ό,τι θέλουν και να **εκφράσουν** τα συναισθήματα τους για τη φαρμακοθεραπεία, την τυχόν ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αν προγραμματίστηκε και για άλλες θεραπείες. **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). **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. **Παρότρυνση** του αρρώστου να φροντίζει την επαρκή διατροφή, την ατομική υγιεινή και την καλή του εμφάνιση. Με σκοπό τη διατήρηση της υγείας, την πρόληψη νόσησης, την ανύψωση του αισθήματος της αξιοπρέπειας και αυτοεκτίμησης. **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. **Έπαινος** του αρρώστου για προσπάθειες θετικής αυτο-αξιολόγησης, αυτοελέγχου και διαμόρφωσης ρεαλιστικών σκοπών. Τονώνεται το αίσθημα της προσωπικής του αξίας και της ελπίδας ότι μπορεί να αλλάξει η δυσάρεστη διάθεση του.

**Χορήγηση** των παραγγελθέντων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων με **συνέπεια και υπευθυνότητα**, καθώς και με εξασφάλιση της θεληματικής συμμόρφωσης του αρρώστου. **Συνεργασία** με τον άρρωστο και την οικογένεια του πριν από την έξοδο του από το νοσοκομείο, με σκοπό να κατανοήσουν τις διαπροσωπικές εντάσεις και πώς να τις αντιμετωπίζουν. Μια νοσηλευτική έρευνα, που μελέτησε την ενσωμάτωση της οικογένειας στον προγραμματισμό της μετανοδομειακής φροντίδας καταθλιπτικών αρρώστων, διαπίστωσε ότι είχε τα **εξής αποτελέσματα**:

- Αύξηση της ικανοποίησης της οικογένειας από τη συνεργασία του αρρώστου, αύξηση της χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας της κοινότητας από τον άρρωστο όταν χρειαζόταν και μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογής του αρρώστου στην καθημερινή ζωή.

**Νοσηλευτική διάγνωση:** διαταραχή κοινωνικής επικοινωνίας. Ανεπαρκής ή υπερβολικά αναποτελεσματική ποιότητα κοινωνικής συναλλαγής.

**Αιτιολογικοί / σχετιζόμενοι παράγοντες:**

- Διαταραχή της αυτό-ιδέας (χαμηλή αυτοεκτίμησή και εικόνα του εαυτού).
- Έλλειψη δεξιοτήτων αντιμετώπισης δυσκολιών.
- Απελπισία, αδυναμία, αίσθημα αναξιοτήτας.
- Αρνητικοί γνωστικοί μηχανισμοί (δυσπιστία, αμφιγνομία, παραληρητικές ιδέες δίωξης).
- Ανεπαρκής γνώση κοινωνικών τρόπων.
- Ιστορικό ψυχοτραυματικών και μη ικανοποιητικών σχέσεων.
- Ανεπαρκής ενεργητικότητα για δημιουργία κοινωνικών σχέσεων.
- Πραγματικές ή νομιζόμενες απώλειες ή στρεσογόνες καταστάσεις (διακοπή μιας σημαντικής σχέσης, αλλαγή ή απώλεια εργασίας / κοινωνικής θέσης, θάνατος αγαπημένου προσώπου, αλλαγή εικόνας σώματος / σωματικής ακεραιότητας, απώλεια οικονομικών πόρων κ.ά.).
- Πρόσφατο ψυχοτραυματικό γεγονός (αρρώστια απειλητική της ζωής).
- Απουσία σημαντικών προσώπων ή συνομηλίκων.
- Δυσαρέσκεια ή αλλαγή στην εκπλήρωση ρόλου σε μια σχέση.
- Κοινωνική απομόνωση.

**Αποδεικτικά - χαρακτηριστικά στοιχεία**

- Ελαττωμένη ή καθόλου συμμετοχή σε δραστηριότητες.
- Αποτυχία συμμετοχής σε συζήτηση με άλλους αρρώστους ή με το προσωπικό.
- Μη ανταπόκριση στις προσπάθειες των άλλων να αρχίσουν συζήτηση ή να τον συμπεριλάβουν σε δραστηριότητες.
- Παραμονή στο δωμάτιο τις περισσότερες ώρες της ημέρας και το βράδυ.
- Έκφραση δυσφορίας στις κοινωνικές περιστάσεις.
- Παρατηρούμενη δυσφορία σε κοινωνικές περιστάσεις (κυρτωμένη στάση, σκυμμένο κεφάλι, αποφυγή οπτικής επαφής, ανησυχία, νευρικότητα).
- Άρνηση / απόθεση επισκέψεων από σημαντικά πρόσωπα.
- Αποτυχία των άλλων αρρώστων όταν ζητούν τη συντροφιά του.

- Απόρριψη από τους άλλους αρρώστους!
- Λεκτική αναφορά ότι είναι ανάξιος για το χρόνο των άλλων και για συντροφιά.
- Ισχυρισμός ότι οι προσπάθειες του για κοινωνικές επαφές αποτυγχάνουν: « Δεν μ' ευχαρίστησαν καθόλου οι δραστηριότητες.... Η συνάντηση της κοινότητας στο τμήμα ήταν χαμένη ώρα.... Εγώ είμαι διαφορετικός ».
- Έκφραση ανικανότητας να επιτύχει ένα αμοιβαίο αίσθημα αποδοχής, ενδιαφέροντος ή κατανόησης δια μέσου κοινωνικών επαφών.
- Άρνηση δημιουργίας μιας θεραπευτικής συμμαχίας με το προσωπικό.
- Εκδήλωση δυσφορίας και αντίστασης όταν επικοινωνεί με το προσωπικό.

### **Νοσηλευτικοί σκοποί / Κριτήρια αξιολόγησης νοσηλευτικών παρεμβάσεων**

Ο άρρωστος πρέπει να φθάσει στο σημείο να εκδηλώνεται ως εξής:

- Συνάπτει θεραπευτική συμμαχία με το προσωπικό.
- Αρχίζει να επικοινωνεί με συνασθενείς και 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.

### **Νοσηλευτικές παρεμβάσεις**

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 τότε και για πόση ώρα θα γίνουν οι νοσηλευτικές επισκέψεις. Οι συγκεκριμένες προσδοκίες ελαττώνουν το άγχος. Το πρόγραμμα παρέχει δομή και σκοπό στα κενά χρονικά διαστήματα.
3. Συνέπεια του νοσηλευτή στην ώρα της συνάντησης και παραμονή κοντά στον άρρωστο όλη την ώρα της υπόσχεσης και όταν ακόμη αυτός δεν μιλά και δεν ανταποκρίνεται στην παρουσία του. Ο άρρωστος αισθάνεται τη νοσηλευτική προσοχή χωρίς να προσπαθεί για να την κερδίσει. Όταν ο

νοσηλευτής δεν έρχεται στην ώρα του ή δεν παραμένει όση ώρα είχε υποσχεθεί, ο καταθλιπτικός μπορεί να πάρει το ζήτημα προσωπικά και να σκεφθεί ότι δεν είναι άξιος προσοχής.

4. Παραμονή δίπλα στον άρρωστο και όταν δεν μιλά, με σιωπή για μικρά διαστήματα. Η παρουσία και το ενδιαφέρον του νοσηλευτή, τον βεβαιώνει ότι τον θεωρεί πρόσωπο με αξία.

5. Όταν ο άρρωστος παρουσιάζει σιωπηλότητα ο νοσηλευτής μπορεί να σχολιάσει κάτι που βλέπει, τριγύρω. Όταν ο άρρωστος δεν είναι ακόμη έτοιμος για να μιλήσει, οι απευθείας ερωτήσεις ενδέχεται να αυξήσουν το άγχος του ενώ σχόλια για αντικείμενα του περιβάλλοντος τον επαναφέρουν στην πραγματικότητα.

6. Χρήση συγκεκριμένων λέξεων. Η βραδυκίνητη σκέψη και η αδυναμία συγκέντρωσης της προσοχής δυσκολεύουν την κατανόηση.

7. Διάθεση αρκετού χρόνου στον άρρωστο για να απαντήσει. Η βραδεία σκέψη χρειάζεται χρόνο να διατυπώσει κάποια απάντηση.

8. Προσεκτική ακρόαση υπονοούμενων μηνυμάτων και απευθείας ερώτηση για τυχόν σχέδιο αυτοκτονίας. Οι άνθρωποι συχνά αισθάνονται ανακούφιση και ελάττωση των αισθημάτων μοναξιάς, όταν εξωτερικεύουν τις σκέψεις αυτοκτονίας.

9. Διάθεση χρόνου για ακρόαση και συζήτηση συναισθημάτων. Τα συναισθήματα που συναντούν κατανόηση, μπορούν να βοηθήσουν στην ελάττωση της μοναξιάς και απομόνωσης και διευκολύνουν την παραπέρα εξωτερίκευση πιο οδυνηρών συναισθημάτων, για να συντελεσθεί η θεραπεία.

10. Αποφυγή εκδηλώσεων όπως είναι τα γέλια, τα αστεία και η υπερβολική ευθυμία. Η εύθυμη στάση του νοσηλευτή αυξάνει τα αισθήματα αποξένωσης και απομόνωσης του αρρώστου με τη σύγκριση των αντιθέσεων, πόσο χαρούμενος είναι ο νοσηλευτής και πόσο λυπημένος ο ίδιος.

11. Αποφυγή εκφράσεων όπως: τα πράγματα θα διορθωθούν.....Ο καθένας μας μελαγχολεί κάποτε - κάποτε. Αυτά τείνουν να ελαχιστοποιούν τη σοβαρότητα του καταθλιπτικού συναισθήματος του αρρώστου και μπορεί να αυξήσουν μέσα του την ενοχή και αναξιότητα αφού δεν είναι σε θέση ο ίδιος να βγει από την κατάσταση όπου βρίσκεται.

12. Αποδοχή εκδηλώσεων θυμού χωρίς αμυντική αντιπαράθεση. Ο θυμός του αρρώστου να μη θεωρείται προσωπική επίθεση κατά του νοσηλευτή. Η λογομαχία ή η αυτο-υπεράσπιση συντελούν μόνο στην ελάττωση της αυτοεκτίμησης και του αρρώστου και του νοσηλευτή.

13. Ενθάρρυνση του αρρώστου να εξωτερικεύσει λεκτικά το θυμό του. Η λεκτική έκφραση δύσκολων συναισθημάτων ίσως να ελαττώσει την ανάγκη εκδήλωσης τους με ανεύθυνες πράξεις και ακατάλληλους τρόπους. Αν ο θυμός του αρρώστου είναι δικαιολογημένος, ο νοσηλευτής

πρέπει να παραδεχθεί ότι έγινε λάθος. Η στάση αυτή ενθαρρύνει την κατάλληλη εξωτερίκευση του θυμού και αποθαρρύνει την εσωτερίκευση και τη στροφή του προς το ίδιο το εγώ.

14. Αποφυγή χρησιμοποίησης εκφράσεων αξιολογικής κριτικής. Π.χ. φαίνεσθε πιο καλός σήμερα ή μ' αρέσει το σημερινό σας χτένισμα. Διότι το καταθλιπτικό άτομο βλέπει την αρνητική πλευρά κάθε πράγματος. Οι ουδέτερες έννοιες προλαμβάνουν τις αρνητικές ερμηνείες.

15. Βαθμιαία ενσωμάτωση του αρρώστου σε συζητήσεις με άλλους αρρώστους και σε ομαδικές δραστηριότητες ανάλογα με το επίπεδο ανοχής του. Ενθάρρυνση τηλεφωνημάτων και επισκέψεων με υποστηρικτικά σημαντικά πρόσωπα (οικογένεια, φίλοι). Επιδοκιμασία των προσπαθειών του. 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.

16. Συνεχής εκτίμηση της αυτοκτονικής διάθεσης του αρρώστου για πρόληψη βλάβης ή και θανάτου.

17. Διδασκαλία του αρρώστου πώς να εξετάζει και να αμφισβητεί παράλογες και αστήρικτες αρνητικές εκτιμήσεις για τον εαυτό του και τις ικανότητές του. Η πιο ρεαλιστική θεώρηση του εαυτού αυξάνει την εμπιστοσύνη και την κλίση του προς κοινωνικές επαφές (Πλατή, 2006, Ραγιά, 2005).



## 2. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

### A. ΓΕΝΙΚΑ

Η θεραπεία της σχιζοφρένειας είναι **μια μακρόχρονη και επίπονη διαδικασία** για τον ασθενή και την οικογένειά του, τον γιατρό και όλα τα άλλα μέλη της θεραπευτικής ομάδας που φροντίζουν τον ασθενή-ψυχιατρικοί νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, σύμβουλοι επαγγελματικής αποκατάστασης, εργοθεραπευτές. Καμία από τις προσπάθειες που έχουν γίνει μέχρι τώρα δεν έχει αποφέρει καρπούς όσον αφορά την θεραπεία της συγκεκριμένης νόσου. Για αυτόν τον λόγο, η θεραπευτική παρέμβαση απευθύνεται στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και στην ψυχοκοινωνική αποκατάσταση του ασθενούς.

Έτσι, η θεραπευτική αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας θα περιγραφεί κάτω από **2** μεγάλες διαστάσεις.: **σωματικές( φαρμακευτικές )** θεραπείες και **ψυχοκοινωνικές** θεραπείες, που οπωσδήποτε όμως έχουν περιορισμένη αποτελεσματικότητα (και δυνητικά μπορούν να αποβούν και βλαβερές).

Παρόλα αυτά προσεκτικά σχεδιασμένα θεραπευτικά προγράμματα που συνθέτουν τις δύο διαστάσεις μπορούν να βοηθήσουν πολλούς ασθενείς να επανακτήσουν τη χαμένη τους λειτουργικότητα και ψυχολογική ακεραιότητα και υγεία.

Αυτό, πάντως, που αξίζει να σημειωθεί είναι ότι θεραπευτική αντιμετώπιση των σχιζοφρενικών σημαίνει μακρόχρονη παροχή συστήματος βιοψυχοκοινωνικής υποστήριξης, που είναι η βάση για την εξασφάλιση ποιότητας στη ζωή τους (Ραγιά, 2005, Doyle, Moore, 2005).

## **Β. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ**

### **Αντιψυχωτικά φάρμακα**

Δεν υπάρχει αμφιβολία ότι τα αντιψυχωτικά φάρμακα αποτέλεσαν αληθινή επανάσταση στον θεραπευτικό χειρισμό της σχιζοφρένειας τόσο με την ικανότητα τους να καταστέλλουν την ψυχωτική διέγερση, όσο και με τη δυνατότητα τους να θεραπεύουν ψυχωτικά συμπτώματα. Αν και δεν μπορούν, βέβαια, να θεραπεύσουν την αρρώστια, μπορούν να θεραπεύσουν ή να ελαττώσουν την ψυχωτική σύγχυση, την αποδιοργάνωση, το άγχος, τις παραληρητικές ιδέες, τις ψευδαισθήσεις, δηλ. τα θετικά συμπτώματα. Με εξαίρεση, ίσως, κάποια νεότερα αντιψυχωτικά, δεν μπορούν, όμως, να επηρεάσουν καθόλου (ή επηρεάζουν πολύ λίγο) την απομόνωση, την αβουλία κτλ. δηλ. τα αρνητικά συμπτώματα. Μολονότι η κατασταλτική και αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο, ιδιαίτερα της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν **έξι εβδομάδες**. Όταν τα οξεία ψυχωτικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας ελεγχθούν (συνήθως μέσα σε 4-12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της θεραπείας συντήρησης, που είναι περίπου 10%-50% της ποσότητας φαρμάκου που χρειάστηκε στην οξεία κρίση. Φυσικά, η μείωση γίνεται προσεκτικά σε διάρκεια εβδομάδων, με στενή παρακολούθηση μήπως χρειαστεί και πάλι αύξηση λόγω επανόδου των συμπτωμάτων. Για άτομα που δεν είμαστε σίγουροι ότι ακολουθούν πιστά τις εντολές για λήψη του φαρμάκου από το στόμα σε εξωνοσοκομειακή βάση, μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε θεραπεία συντήρησης με δεκανοϊκή φλουφαιναζίνη ή δεκανοϊκή αλοπεριδόλη κάθε 10-30 ημέρες. Μολονότι σχιζοφρενικοί ασθενείς υποτροπιάζουν και ενώ βρίσκονται σε αντιψυχωτική αγωγή συντήρησης, εντούτοις η προφυλακτική χορήγηση αντιψυχωτικών μπορεί να προφυλάξει ένα σημαντικό αριθμό σχιζοφρενών γι' αυτό και συνιστάται. Δεν θα πρέπει όμως να παραλείπεται να γίνεται επανεκτίμηση κατά διαστήματα της ανάγκης για φαρμακευτική αγωγή. Ασθενείς που εμφανίζουν πλήρη ύφεση για 12 μήνες ή περισσότερο κι αυτοί που έχουν σταθεροποιηθεί σε χαμηλή δόση συντήρησης αξίζει (πολύ προσεκτικά!) να δοκιμάσουν μήπως δεν χρειάζονται φάρμακα, καθώς υπάρχει και ο φόβος της όψιμης δυσκινησίας.

Σήμερα, προσπαθούμε να χρησιμοποιήσουμε τη μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό (με έλεγχο των ψυχωτικών συμπτωμάτων αφενός και τις λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες αφετέρου). Ακόμη περισσότερο, αν είναι δυνατόν, προσπαθούμε ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή και με βάση μια ισχυρή θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης μαζί του να τον οδηγήσουμε ουσιαστικά σε αυτορρύθμιση.

**Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται σήμερα για την αντιμετώπιση της σχιζοφρένειας εμπίπτουν γενικά σε δύο κατηγορίες:**

- **Τυπικά αντιψυχωτικά** (παλαιότερα αναφέρονταν ως νευροληπτικά)
- **Νεότερα αντιψυχωτικά** (αναφέρονται επίσης και ως δεύτερης γενιάς ή άτυπα)

### **Τυπικά αντιψυχωτικά**

Ο όρος ‘τυπικά’ αντιψυχωτικά χρησιμοποιείται για όλα τα αντιψυχωτικά φάρμακα που παρήχθησαν πριν την εισαγωγή της κλοζαπίνης. Αυτά τα αντιψυχωτικά ονομάζονταν στο παρελθόν νευροληπτικά, εξ αιτίας των χαρακτηριστικών εξωπυραμιδικών παρενεργειών, συμπεριλαμβανομένης της δυστονίας, του παρκινσονισμού, της δυσκινησίας και της ακαθισίας . Αυτά τα φάρμακα έχουν αποδειχθεί χρήσιμα για την μείωση και μερικές φορές την απάλειψη των θετικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως η διαταραχή της σκέψης, οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες. Μπορούν επίσης να μειώσουν και άλλα σχετικά συμπτώματα όπως η διέγερση, οι παρορμήσεις και η επιθετικότητα. Δυστυχώς δεν φαίνεται να είναι το ίδιο αποτελεσματικά και στη μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας, όπως η απάθεια, η κοινωνική απόσυρση και η πενία ιδεών. Αν αυτά τα φάρμακα λαμβάνονται με συνέπεια μπορούν επίσης να ελαττώσουν τον κίνδυνο υποτροπών. **Τα κυριότερα τυπικά αντιψυχωτικά που χρησιμοποιούνται είναι τα εξής :**

**η χλωροπρομαζίνη (Thorazine), η φλουφαιναζίνη (Prolixin), η αλοπεριδόλη ( Haldol).** Η εισαγωγή αποτελεσματικών αντιψυχωτικών φαρμάκων κατέστησε πολύ πιο εφικτή την αντιμετώπιση ασθενών με σχιζοφρένεια μέσα στην κοινότητα, ενώ ταυτόχρονα αποφεύγεται η επανεισαγωγή στο νοσοκομείο.

### **Νεότερα αντιψυχωτικά**

Ενώ τα προηγούμενα χρόνια η παραγωγή φαρμάκων εστίαζε στον περιορισμό των θετικών συμπτωμάτων όπως οι ψευδαισθήσεις και οι παραληρητικές ιδέες, πιο πρόσφατα οι ερευνητές εργάζονται για την παραγωγή αντιψυχωτικών φαρμάκων με βελτιωμένη αποτελεσματικότητα και λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα φάρμακα αυτά είναι πιο αποτελεσματικά κατά των αρνητικών αλλά και των θετικών συμπτωμάτων και συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, παράγοντες που είναι καθοριστικοί για τις νέες θεραπείες και τις προσπάθειες αποκατάστασης. Η **κλοζαπίνη (Clorazil)** ήταν το πρώτο αντιψυχωτικό που παρήχθη και προκαλεί πολύ λίγες εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες (ΕΠΣ). Την κλοζαπίνη ακολούθησαν πολλά νέα φάρμακα που μοιράζονται το ίδιο πλεονέκτημα.

**Μερικά από αυτά είναι τα παρακάτω:** η ολανζαπίνη (Zyprexa), η κουατιεπίνη (Seroquel), η ρισπεριδόλη (Risperdal), η ζιπρασιδόνη (Zeldox).

Οι όροι ‘νεότερα’, ‘δεύτερης γενιάς’ ή ‘άτυπα’ αντιψυχωτικά χρησιμοποιούνται για τα φάρμακα αυτής της κατηγορίας. Ο χαμηλότερος κίνδυνος πρόκλησης εξωπυραμιδικού συνδρόμου (ΕΠΣ) είναι το ορόσημο που χαρακτηρίζει τα νεότερα αντιψυχωτικά. Εμφανίζονται επίσης να υπερέχουν έναντι των παραδοσιακών αντιψυχωτικών στην μείωση των αρνητικών συμπτωμάτων και την χαμηλότερη πρόκληση ή την ασήμαντη αύξηση των επιπέδων προλακτίνης.

### **Φαρμακευτική αγωγή κατά την οξεία φάση και τις χρόνιες καταστάσεις**

Μολονότι η κατασταλτική και η αντιψυχωτική δράση των φαρμάκων αυτών μπορεί να είναι εμφανής μέσα σε λίγες ώρες από την έναρξη της θεραπείας, εντούτοις το μέγιστο της αντιψυχωτικής τους αποτελεσματικότητας μπορεί να μην επιτευχθεί πριν περάσουν 6 εβδομάδες. Όταν τα οξεία ψυχωτικά συμπτώματα της νόσου ελεγχθούν (συνήθως μέσα σε 4-12 εβδομάδες), η δόση ελαττώνεται στο επίπεδο της συντήρησης, που είναι περίπου στο 10-50% της ποσότητας φαρμάκου που χρειάστηκε στην οξεία φάση. Στην αντιμετώπιση της οξείας ψύχωσης αρχίζουμε με ρεγος χορήγηση. Η δόση που δίδεται είναι κατώτερη της θεραπευτικής και την αυξάνουμε βαθμιαία. Η οξεία ψύχωση μπορεί να απαντήσει σε μια ελάχιστη δόση 300-400 mg χλωροπρομαζίνης /ημέρα. Σε έντονα ψυχωτικούς ασθενείς, έντονα επιθετικούς και μαχητικούς, χορηγούμε επαναλαμβανόμενες δόσεις ενδομυϊκά.

Φυσικά, η μείωση γίνεται σταδιακά, με στενή παρακολούθηση του αρρώστου για τυχόν επανεμφάνιση των συμπτωμάτων. Ασθενείς που για διάστημα 12 μηνών ή και περισσότερο εμφανίζουν ύφεση των συμπτωμάτων κι αυτοί που έχουν σταθεροποιηθεί σε πολύ χαμηλές δόσεις αξίζει (με πολύ μεγάλη προσοχή βέβαια) να δοκιμασθούν μήπως δεν χρειάζονται φαρμακευτική αγωγή. Σήμερα, γίνεται προσπάθεια να χρησιμοποιείται η μικρότερη δυνατή δόση που θα κρατήσει τον ασθενή κοινωνικά λειτουργικό.

Ακόμη, αν είναι δυνατόν, γίνεται προσπάθεια ύστερα από λεπτομερή ενημέρωση του ασθενή και με βάση μια ισχυρή θεραπευτική σχέση εμπιστοσύνης μαζί του να τον οδηγήσουμε ουσιαστικά σε **αυτορρύθμιση**, δηλαδή να κανονίζει ο ίδιος πόσο

φάρμακο χρειάζεται. Σε διεγερμένους ασθενείς, μπορεί να χρειασθεί « ταχεία χορήγηση **νευροληπτικών**» για τον έλεγχο της διέγερσης και των έντονων ψυχωτικών συμπτωμάτων. Σε τέτοιους ασθενείς, είναι ακόμη καλύτερα η αντιψυχωτική αγωγή να συνδυαστεί με χορήγηση βενζοδιαζεπινών, που δρουν κατασταλτικά, έως ότου η δράση των αντιψυχωτικών εγκατασταθεί ικανοποιητικά. . Οι σχιζοφρενικοί ασθενείς θα πρέπει να πάρουν αντιψυχωτική αγωγή για

τουλάχιστον 1-2 χρόνια μετά το αρχικό ψυχωτικό επεισόδιο και το λιγότερο για 5 χρόνια μετά το επόμενο ψυχωτικό συμβάν. Σε μακροχρόνια θεραπεία συντήρησης, συνήθως ελαττώνουμε την δοσολογία που απαιτούνταν για το οξύ επεισόδιο κατά 20 – 50 %.

### **Ανεπιθύμητες παρενέργειες αντιψυχωτικών φαρμάκων**

#### **✓ Από το κεντρικό νευρικό σύστημα :**

Εξωπυραμιδικές εκδηλώσεις(ακαθισία , παρκινσονισμός, ακινησία ,δυστονία, όψιμη δυσκινησία, κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο). Η ακαθισία είναι πολύ συχνή, συνήθως 1-6 εβδομάδες μετά την έναρξη της θεραπείας και εκδηλώνεται με εσωτερική ανησυχία, βηματισμό, αδυναμία να κάτσει το άτομο ακίνητο). Ο παρκινσονισμός συμβαίνει γενικά μεταξύ 1ης και 4ης εβδομάδας και περιλαμβάνει βραδυκινησία, σύρσιμο βήματος και ελαττωμένη ενεργητικότητα). Η ακινησία είναι λιγότερο συχνή και παρουσιάζεται ως ελάττωση της δραστηριότητας ή της έκφρασης του προσώπου). Η δυστονία συμπεριλαμβάνει σπασμούς των μυών των οφθαλμών , του προσώπου, του αυχένα , της ράχης. Η όψιμη δυσκινησία είναι η πιο δυσοίωνη από τις ανεπιθύμητες ενέργειες. Πρόκειται για ένα σύνδρομο που αναπτύσσεται αργά μετά από 1-20 χρόνια θεραπείας συντήρησης και πιο συχνά σε γυναίκες και εκδηλώνεται με ακούσια κινητική δραστηριότητα και δυσκολία στην κατάποση. Το κακοήθες νευροληπτικό σύνδρομο είναι απειλητικό για τη ζωή του ατόμου. Σημεία της δυσλειτουργίας του οργανισμού είναι η υπερπυρεξία( έως και 42.2ο C), η ταχυκαρδία, η ταχύπνοια.

#### **✓ Από το αυτόνομο νευρικό σύστημα :**

Ξηροστομία, μυδρίαση, ρινική συμφόρηση, δυσκοιλιότητα, επίσχεση ούρων, ταχυκαρδία, ορθοστατική υπόταση, εφίδρωση.

#### **✓ Άλλες παρενέργειες :**

Φωτοευαισθησία, αλλεργική δερματίτιδα, χολοστατικός ίκτερος, ανώμαλη χρώση του δέρματος.

### **Λίθιο**

Κατά πάσα πιθανότητα το λίθιο δεν έχει ένδειξη, αν η διάγνωση της σχιζοφρένειας είναι σίγουρη. Οποτεδήποτε, όμως, υπάρχει έντονο συναισθηματικό στοιχείο, παρορμητική ή επιθετική συμπεριφορά και η διάγνωση δεν είναι σίγουρη, είναι καλό να δοκιμάζεται.

### **Αντικαταθλιπτικά**

Όπως, ήδη, αναφέρθηκε οί σχιζοφρενικοί ασθενείς μερικές φορές παρουσιάζουν κατάθλιψη, ιδιαίτερα ύστερα από την υποχώρηση ενός οξέος ψυχωτικού επεισοδίου (ενεργός φάση), όταν αντιλαμβάνονται τι τους συνέβη. Φυσικά, θα πρέπει η πιθανή κατάθλιψη να διαφοροδιαγνωσθεί από την ακινησία που μπορεί να προκαλεί το αντιψυχωτικά φάρμακο (χορήγηση αντιπαρκινσονικού ή ελάττωση του αντιψυχωτικού μπορεί να βοηθήσει) και από τα αρνητικά συμπτώματα της νόσου. Εφόσον ο σχιζοφρενικός είναι γνήσια καταθλιπτικός, τότε προσθέτουμε ένα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικό στη θεραπεία του (Santrock, 2004).

## **Γ. ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ**

### **Ηλεκτροσπασμοθεραπεία**

Μολονότι η ηλεκτροσπασμοθεραπεία προτείνεται σαν θεραπεία της σχιζοφρένειας (κυρίως στην οξεία φάση /έξαρση ή στις περιπτώσεις που δεν απάντησαν στη θεραπεία), η βασική της ένδειξη είναι το stupor ή η διέγερση του κατατονικού τύπου σχιζοφρένειας .

## **Δ. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ**

Η ψυχοκοινωνική παρέμβαση στη Σχιζοφρένεια έχει σαν σκοπό την κατά το δυνατό καλύτερη λειτουργικότητα του σχιζοφρενικού ασθενή, ούτως ώστε στην ιδανικότερη μορφή αποκατάστασης του να ζει, ν' αγαπά /ερωτεύεται, να εργάζεται και να διασκεδάζει όπως όλοι οι άλλοι άνθρωποι. Μολονότι, πολλές φορές αυτό είναι ένα ουτοπικό, σίγουρα αυτή είναι πάντα η κατεύθυνση της θεραπευτικής παρέμβασης. Συνάρτηση της θεραπευτικής αυτής φιλοσοφίας είναι ότι οπωσδήποτε κάθε προσπάθεια να παραμείνει ο σχιζοφρενικός ασθενής ανάμεσα στους άλλους ανθρώπους - στην κοινότητα - είναι **πρωταρχική**, οπότε αν χρειασθεί να νοσηλευθεί, αυτό θα γίνει μόνο κάτω από ορισμένες προϋποθέσεις και όσο το δυνατό για λιγότερο χρόνο. Η φορά λοιπόν είναι πάντα προς την εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και οι νοσηλείες όταν χρειάζονται λόγω υποτροπών είναι βραχείες (και γίνονται κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων).

Έτσι, η παλιά άποψη της μακράς νοσηλείας με την τυπική εικόνα των αποσυρμένων ασθενών έχει προοδευτικά αντικατασταθεί στις περισσότερες χώρες από προγράμματα επανένταξης των ασθενών στην κοινότητα — κοινωνία, από προσπάθειες δηλαδή αποϊδρυματοποίησης. Βέβαια, η επιτυχία αυτών των προγραμμάτων για λόγους οικονομικούς ή κακού προγραμματισμού ή αδυναμίας πολλών ασθενών ν' αποκατασταθούν **δεν είναι γενικευμένη**, οπότε και τα ψυχιατρικά νοσοκομεία παραμένουν σαν αναγκαίοι χώροι περίθαλψης. Κυρίως, όμως, η θεραπευτική μάχη δίνεται στην κοινότητα, στα κέντρα ψυχικής υγείας (και αν χρειασθεί νοσηλεία κυρίως στα ψυχιατρικά τμήματα των γενικών νοσοκομείων), στους ξενώνες, στα οικοτροφεία, στα διαμερίσματα που μοιράζονται σχιζοφρενικοί, στις συνεργατικές εργασιακές μονάδες, στα σπίτια τους κτλ.

**Έτσι, θα μπορούσαμε να διακρίνουμε τις ψυχοκοινωνικές θεραπείες σε ενδονοσοκομειακές και εξωνοσοκομειακές.**

Σ' ένα συνεχές, όμως, που έχει κατεύθυνση από το νοσοκομείο προς την κοινότητα και ταυτόχρονα που έχει σκοπό την αποφυγή κατά το δυνατό της επανάληψης της νοσηλείας. Βασικές ενδονοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι η θεραπεία περιβάλλοντος, η ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία, οι δημιουργικές θεραπείες, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και η θεραπεία συμπεριφοράς γενικότερα, η απασχολησιοθεραπεία ή εργοθεραπεία κ.ά. **Βασικές εξωνοσοκομειακές ψυχοκοινωνικές θεραπείες είναι: η οικογενειακή θεραπεία** (που μπορεί φυσικά να αρχίσει και ενδονοσοκομειακές, η **ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία**, η συνέχιση της εκμάθησης κοινωνικών δεξιοτήτων κ.ά.

### **Ψυχοθεραπεία**

Ο τύπος ψυχοθεραπείας που θεωρείται σήμερα ότι είναι κατάλληλος για τους σχιζοφρενικούς ασθενείς είναι η **υποστηρικτική ατομική ή ομαδική θεραπεία**. Βασικά, ο ψυχοθεραπευτής βοηθά τον ασθενή να κατανοήσει και να αντιμετωπίσει την πραγματικότητα της αρρώστιας του και τις συνέπειές της στη ζωή του και να προσαρμοστεί κατά το δυνατόν καλύτερα στις απαιτήσεις της κοινωνικής ζωής. Η δημιουργία ,φυσικά ,μιας βασικής σχέσης εμπιστοσύνης ασθενή–θεραπευτή είναι πρωταρχική. Ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία γίνονται ταυτόχρονα στην αρχή ενδονοσοκομειακά και έπειτα εκτός νοσοκομείου, αποσκοπώντας στην κοινωνικοποίηση του ασθενή. (Ιεροδιακόνου, 1990)

## Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Οι βασικοί άξονες της νοσηλευτικής παρέμβασης παραμένουν ίδιοι στη σχιζοφρένεια, όπως και στα υπόλοιπα ψυχικά νοσήματα και στην κατάθλιψη.

### Οι νοσηλευτικές ευθύνες είναι:

#### ✓ **Πριν από την έναρξη της αντιψυχωτικής αγωγής**

- Λήψη του **ιστορικού** φαρμακοθεραπείας και τυχόν αλλεργιών του ασθενή.
- Συστηματική **παρατήρηση** και **περιγραφή** της συμπεριφοράς του αρρώστου, ως βάση κατόπιν για σύγκριση των αλλαγών.
- **Εργαστηριακές εξετάσεις** όπως γενική αίματος και ηπατικές δοκιμασίες, ηλεκτροεγκεφαλογράφημα.
- Μέτρηση **ζωτικών σημείων** : αρτηριακή πίεση, σφύξεις, αναπνοές, θερμοκρασία.
- Εξασφάλιση **πληροφοριών** σχετικά με : συνήθειες φαγητού, ύπνου, λειτουργίας του εντέρου, επίπεδο δραστηριότητας, κατάσταση δέρματος, βάρος του σώματος, ιστορικό επιληπτικών κρίσεων, αλλεργιών, πρόσφατης λήψης φαρμάκων και εγκυμοσύνης για τις άρρωστες γυναίκες.
- Διατύπωση **πρωτοκόλλου** με συμφωνία ψυχιάτρου και νοσηλεύτη, στο οποίο αναφέρονται οι εναλλακτικοί τρόποι χορήγησης φαρμάκου ( από το στόμα, με ένεση), επιτρεπόμενη αυξομείωση των δόσεων ανάλογα με τη δεκτικότητα του αρρώστου, οδηγίες για έκτακτη χορήγηση φαρμάκων σε περίπτωση κρίσης, πληροφόρηση του αρρώστου σχετικά με τα φάρμακα που θα του δοθούν, ανάλογα με το διανοητικό και αμυντικό λειτουργικό του επίπεδο(διαφορετική πληροφόρηση χρειάζονται ο αρνητικός, ο καχύποπτος, ο δύσπιστος άρρωστος).

#### ✓ **Κατά την περίοδο χορήγησης της αντιψυχωτικής αγωγής**

- **Αξιολόγηση** των ψυχολογικών και οργανικών αντιδράσεων του ασθενή προς τα φάρμακα που παίρνει.
- **Πρόγραμμα συστηματικής παρακολούθησης** για όψιμες αντιδράσεις : ηπατικές, αιματολογικές, ελαφρά ψυχωτικά συμπτώματα (χαλάση συνειρμών, καχυποψία, παραληρητικές ιδέες ).
- Εφαρμογή της **ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας** και συνεχής **ψυχολογική υποστήριξη** του αρρώστου.



✓ **Κατά τον τερματισμό της αντιψυχοτικής αγωγής**

- **Εξασφάλιση** διατυπωμένων **κριτηρίων** για τη διακοπή της φαρμακοθεραπείας .
- **Πρόγραμμα βαθμιαίας διακοπής** με μικρά διαστήματα χωρίς φαρμακευτική κάλυψη ή πρόγραμμα διατήρησης του αποτελέσματος με δόση συντήρησης , με συνεχή παρακολούθηση του ασθενή.
- **Προετοιμασία** για τυχόν εμφάνιση **υποτροπής**. **Συνεργασία** με τον άρρωστο ποια παρέμβαση πρέπει να γίνει για να προληφθεί η εισαγωγή στο νοσοκομείο.

### **Εκπαίδευση στην οικογένεια**

Οι ειδικοί σε θέματα ψυχικής υγείας μπορούν να βοηθήσουν τις οικογένειες ατόμων που πάσχουν από σχιζοφρένεια **ακολουθώντας τα παρακάτω βήματα:**

- **Ενημερώνουμε την οικογένεια για την φύση της σχιζοφρένειας :** η σχιζοφρένεια είναι μια εγκεφαλική διαταραχή που επηρεάζει όλο το φάσμα των λειτουργιών του ατόμου. [εν έχει διαπιστωθεί κάποιος μοναδικός παράγοντας ευθύνεται για την συγκεκριμένη νόσο, αλλά οι **έρευνες καταδεικνύουν** γενετικούς παράγοντες, αλλαγές στην δομή του εγκεφάλου καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα στρες. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις (ο άρρωστος ακούει φωνές ), παραισθήσεις , επικοινωνία που είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτή από τους άλλους , περιορισμένη επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα.
- **Ενημερώνουμε την οικογένεια για την θεραπεία :** αντιψυχωτική αγωγή η οποία καθορίζεται από τον θεράποντα ιατρό είναι απολύτως απαραίτητο να λαμβάνεται από τον ασθενή. Οι παρενέργειες εμφανίζονται συχνά και μπορούν να ελεγχθούν , εφόσον αναφερθούν στον θεράποντα .

### **Νοσηλευτικός ρόλος**

Η νοσηλεύτρια προχωρεί στην υποβολή κάποιων ερωτήσεων – κλειδιά για να εκτιμήσει την κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής **.μερικές από τις ερωτήσεις αναφέρονται παρακάτω :**

- Πιστεύεις ότι **πάσχεις** από κάποια ασθένεια; Ποια είναι η εξήγησή σου για την ασθένεια ; (λαμβάνει πληροφορίες για την κατάσταση της αντίληψης του ασθενή και το επίπεδο αυτογνωσίας του ).

- Είχες λάβει κάποιου είδους θεραπεία στο παρελθόν; Τι σε βοήθησε περισσότερο εκείνο το διάστημα; (λαμβάνει πληροφορίες για το προηγούμενο ιστορικό του ατόμου).
- Ποιες πιστεύεις ότι είναι οι δυνάμεις σου; που πιστεύεις ότι αντιμετωπίζεις πρόβλημα ;( λαμβάνει πληροφορίες για το επίπεδο αυτοεκτίμησης, τα άγχωνα γεγονότα της ζωής του ασθενή και το αν έχει συνείδηση της κατάστασής του).
- Ακούς κάποιες φωνές που δεν ακούν οι άλλοι ή βλέπεις κάποια πράγματα που οι υπόλοιποι δεν βλέπουν; Πιστεύεις ότι κάποιος ή κάποιοι θέλουν να σε βλάψουν; (λαμβάνει πληροφορίες για την παρουσία παραισθήσεων ή ψευδαισθήσεων ).
- Τι φάρμακα παίρνεις ; σου δημιουργούν κάποιο πρόβλημα ; (λαμβάνει πληροφορίες για το αν ο ασθενής δείχνει συμμόρφωση με την φαρμακευτική αγωγή και για το αν ο ίδιος γνωρίζει τι προβλήματα μπορεί να υπάρξουν λόγω των φαρμάκων).
- Ποιον θεωρείς πρόσωπο εμπιστοσύνης στην ζωή σου; ( λαμβάνει πληροφορίες για το κατά πόσο υπάρχουν υποστηρικτικά πρόσωπα στην ζωή του ασθενή).
- Ποιες είναι οι δραστηριότητές σου στην καθημερινότητα; Ποιες από αυτές σου αρέσουν περισσότερο; (λαμβάνονται πληροφορίες για την τρόπο σκέψης του ασθενή, το πώς μπορεί να περιγράψει κάποια πράγματα, το αν υπάρχει ανηδονία και ικανότητα αυτοφροντίδας).

Με αυτόν τον τρόπο γίνεται η **εκτίμηση** του σχιζοφρενικού ασθενή και προλαμβάνονται δυσάρεστες καταστάσεις, οι οποίες συχνά είναι **κοινές** στα διάφορα ψυχικά νοσήματα (όπως η αυτοκτονία). Πόσο μάλλον αν αντιμετωπίζουμε **σχιζοφρενή με κατάθλιψη**. Στην περίπτωση αυτή με τη σωστή εκτίμηση αναγνωρίζονται οι μορφές, τα συμπτώματα και οι κίνδυνοι που διατρέχει ο ασθενής σε κάθε φάση της νόσου και αντιμετωπίζονται τόσο μεμονωμένα- όσο και συνδυαστικά, με μεγάλη προσοχή στις παρενέργειες της θεραπείας καθώς και σεβασμό απέναντι στον ασθενή (Γιαννοπούλου, 1980. Ραγιά, 2005, Doyle, Moore, 2005, Παπαδοπούλου, 2008).

# Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ

## A. ΓΕΝΙΚΑ

Τα τελευταία χρόνια δύο από τις σημαντικότερες ψυχικές νόσοι (κατάθλιψη και σχιζοφρένεια) άρχισαν να μελετούνται και ως μια συνδυαστική ψυχική ασθένεια με δυο πρόσωπα. Στην κλινική πρακτική βλέπουμε κάθε μέρα ότι οι δυο αυτές αρρώστιες είναι δύσκολο να ξεχωριστούν αμιγώς η μία από την άλλη και πάρα πολύ τακτικά χρειάζεται κοινή φαρμακευτική αγωγή και για τις δύο. Σύμφωνα με σύγχρονες ψυχιατρικές έρευνες το **1/3 των σχιζοφρενών ασθενών παρουσιάζει καταθλιπτικές συνδρομές και περίπου άλλοι τόσοι καταθλιπτικοί εξελίσσουν παρανοϊκές ιδέες εάν δε θεραπευτούν έγκαιρα.**

Η παρατήρηση ότι καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της σχιζοφρένειας χρονολογείται από την εποχή των Kraepelin & Bleuler και επισημοποιήθηκε με την καθιέρωση διαγνώσεων στα διεθνή ταξινομικά συστήματα (Diagnostic and Statistical Manual, DSM και International Classification of Disorders, ICD) όπως η σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, η μεταψυχωσική κατάθλιψη ή η καταθλιπτική συμπτωματολογία στη σχιζοφρένεια. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανίζεται κατά την πρόδρομη, την οξεία φάση της σχιζοφρένειας, το στάδιο της ύφεσης ή σε χρόνιους σταθεροποιημένους ασθενείς.

Η κατάθλιψη στα πλαίσια της σχιζοφρένειας ορίζεται στη βιβλιογραφία με διάφορους τρόπους, όπως είναι τα κριτήρια του DSM ή ICD για την κατάθλιψη, την ύπαρξη λημμάτων σχετικών με την κατάθλιψη από κλίμακες γενικής ψυχοπαθολογίας ή τη βαθμολογία κλιμάκων αξιολόγησης καταθλιπτικών ασθενών. **Πρόσφατα** όμως δημιουργήθηκε για την αξιολόγηση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη σχιζοφρένεια η κλίμακα κατάθλιψης του **Calgary για τη σχιζοφρένεια** (Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS), η οποία προτυπώθηκε και σε ελληνικό δείγμα ασθενών. Η συχνότητα της κατάθλιψης σε καινούργιους σχιζοφρενείς είναι κατά την **οξεία φάση 21–24%**. Στη **χρόνια φάση** της σχιζοφρένειας η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης κυμαίνεται περίπου στο **8%** των ασθενών. Επιπλέον, ένας στους τέσσερις σχιζοφρενείς με κατάθλιψη εμφανίζει αυτοκτονικό ιδεασμό, γεγονός που καθιστά ιδιαίτερα σημαντική τόσο τη σωστή αξιολόγηση αυτών των ασθενών όσο και την έγκαιρη αντιμετώπισή τους. Τέλος, όσον αφορά στους προδιαθεσικούς παράγοντες, οι υπάρχουσες μελέτες, τόσο για τις δημογραφικές μεταβλητές όσο και για τα ιστορικά στοιχεία της νόσου, είναι λίγες ([www.medlook.net.cy](http://www.medlook.net.cy), [Medline](#), Σταμούλη, 2000).

## **B. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ**

Από την **αρχή** της ιστορίας της σχιζοφρένειας παρατηρήθηκαν καταθλιπτικά συμπτώματα. Ο **Kraepelin** (Γερμανός ψυχίατρος 1856-1926), ιδρυτής της σύγχρονης επιστημονικής ψυχιατρικής στην « πρώιμη άνοια » (dementia praecox), αλλά και ο **Bleuler** (Σουηδός ψυχίατρος 1857-1939), ο ιδρυτής του όρου "σχιζοφρένεια", στη « σχιζοφρένεια », θεωρούσαν ως **θεμελιώδη χαρακτηριστικά** αυτής της ψυχικής νόσου την άμβλυνση του συναισθήματος και το μελαγχολικό συναίσθημα, αναγνώρισαν το μελαγχολικό σύνδρομο ως διακριτή οντότητα και θεωρούσαν ότι έχει την ίδια κλινική βαρύτητα με την κύρια νόσο, λόγω της σημαντικής επιβάρυνσης που προκαλεί (Becker RE, 1988). Ο **Kraepelin** εισήγαγε το διαχωρισμό μεταξύ σχιζοφρένειας και συναισθηματικών διαταραχών (dementia praecox vs manic depressive insanity), λαμβάνοντας υπόψη κυρίως τη μακροχρόνια πορεία και έκβαση των νοσολογικών αυτών οντοτήτων. Ο διαχωρισμός σχιζοφρένειας και κατάθλιξης ενισχύθηκε ως αποτέλεσμα της επίδρασης των απόψεων του **C.Schneider** (Γερμανός ψυχίατρος 1887-1967) στην ψυχιατρική σκέψη, με την εισαγωγή των « συμπτωμάτων πρώτης γραμμής ». Ο **Mayer-Gross** (Γερμανός ψυχίατρος, 1889-1961) τόνισε ότι το αίσθημα της απόγνωση είναι μια συχνή ψυχολογική αντίδραση μετά από οξεία ψυχωτικά επεισόδια και ο Bleuler θεωρούσε την κατάθλιψη ένα από τα κύρια συμπτώματα της σχιζοφρένειας

Στη **δεκαετία του 1970** ο **McGlashan** (Αμερικανός καθηγητής ψυχιατρικής, 1942- ) (McGlashan TH, Carpenter WT, 1976) επανήλθε στο θέμα της μελέτης της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στην πορεία της σχιζοφρένειας με τις αναφορές του στη μεταψυχωσική κατάθλιψη, ενώ στα χρόνια που ακολούθησαν και άλλοι ερευνητές μελέτησαν την κατάθλιψη στα πλαίσια της σχιζοφρένειας. (Johnson DAW, 1981) (Siris SG, Adan F, Cohen M, Mandeli J, Aronson A, Casey E, 1988)

Στη **συνέχεια**, οι μελέτες διερεύνησαν την πορεία, την συχνότητα και την βαρύτητα της κατάθλιξης στη σχιζοφρένεια και τελικά, η συνύπαρξη των δύο νόσων επανήλθε και επίσημα στο προσκήνιο το **1980**, όταν στο DSM-III της Αμερικανικής ψυχιατρικής εταιρείας συμπεριελήφθη η διαγνωστική κατηγορία « **σχιζοσυναισθηματική ψύχωση** ». Τις ίδιες αρχές **ακολούθησαν** και οι επόμενες εκδόσεις των διεθνών ταξινομικών συστημάτων ( DSM-III-R, ICD-10, DSM-IV ) (Σταμούλη Σ, 2000).

## Γ. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ- ΚΛΙΜΑΚΕΣ

Η καταθλιπτική συμπτωματολογία στη σχιζοφρένεια αναφέρεται στη βιβλιογραφία, με διάφορους όρους, όπως : **καταθλιπτικόμορφη συμπτωματολογία\_καταθλιπτική συμπτωματολογία, καταθλιπτικό σύνδρομο, καταθλιπτικό επεισόδιο, κατάθλιψη, μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο** (Siris SG, 1991).

Πιο συγκεκριμένα, σε κάποιες μελέτες ο προσδιορισμός της κατάθλιψης γίνεται με εμπειρικά κλινικά κριτήρια, όπως είναι η κατάθλιψη που είναι τόσο σοβαρή, ώστε να απαιτεί θεραπευτική αντιμετώπιση. Σε κάποιες άλλες μελέτες η κατάθλιψη ορίζεται με τη χρήση διαγνωστικών συστημάτων ταξινόμησης των ψυχικών νόσων ή δομημένων κλινικών συνεντεύξεων όπως το **Διάγραμμα Συναισθηματικών Διαταραχών και Σχιζοφρένειας (SADS)** (Endicott J, Spitzer RL, 1978), η **Παρούσα Ψυχική Εξέταση (PSE)** (Wing JK, Cooper JE, Santorius N, 1974), τα **Ερευνητικά Διαγνωστικά Κριτήρια (RDC)** (Spitzer RL, Endicott J, Robins E, 1978), οι διάφορες εκδόσεις του **Διαγνωστικού Ταξινομικού Συστήματος της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (DSM-III, 1980) (DSM-III-R, 1987) (DSM-IV, 1994)** και οι **ταξινομήσεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ICD-10, 1993)**. Για τη διάγνωση της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια έχουν χρησιμοποιηθεί επίσης διάφορα επιμέρους υποκλίμακες ψυχομετρικών κλιμάκων αξιολόγησης της σχιζοφρενικής ψυχοπαθολογίας. Οι μελέτες που χρησιμοποιούν αυτή την προσέγγιση αναφέρονται σε « καταθλιπτικού τύπου συμπτωματολογία ».

**Στην κατηγορία αυτή ανήκουν:**

1. Η **υποκλίμακα κατάθλιψης της Βραχείας Ψυχοπαθολογικής Κλίμακας (BPRS-D, Brief Psychiatric Rating Scale-Depression subscale)**. Η BPRS έχει χρησιμοποιηθεί για την ανίχνευση της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και την εκτίμηση της σοβαρότητάς της από τα λήμματα <<αισθήματα ενοχής >>, « καταθλιπτική διάθεση » και « κινητική επιβράδυνση ». (Overall JE, Gorham DR, 1962) (Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Appendix A, 1986)

2. Η **υποκλίμακα κατάθλιψης της Κλίμακας Θετικού και Αρνητικού Συνδρόμου (PANSS-D, Positive And Negative Syndrome Scale-Depression sub scale)**, που περιλαμβάνει τα λήμματα: σωματική ενασχόληση, άγχος, ενοχές και μελαγχολία. ( Kay RS, Fiszbein A, Opler LA, 1987)

Έχουν χρησιμοποιηθεί επίσης, για την αξιολόγηση της κατάθλιψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, κλίμακες που αξιολογούν την κλινική βαρύτητα της κατάθλιψης σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης, όπως:

1. **Η βαθμολογική κλίμακα του Hamilton για την κατάθλιψη** (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS-17 ή HDRS-21). Το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο όριο για τον προσδιορισμό της κατάθλιψης σε σχιζοφρενείς είναι το 15 (HDRS-17) ή το 17 (HDRS-21) (Hamilton M, 1960) (Williams JBW, 1988)
2. **Το Ερωτηματολόγιο του Beck για την Κατάθλιψη**(BDI, Beck Depression Inventory), με χρησιμοποιούμενο διαχωριστικό όριο το 15. (Beck AT, Ward CH, Mendelson M, 1961)
3. **Η Βαθμολογική Κλίμακα Κατάθλιψης των Montgomery & Asberg** (MADRS, Montgomery & Asberg Depression Rating Scale), με όριο το 16. (Montgomery SA, Asberg M, 1979)

Το μεγάλο ερευνητικό, αλλά και κλινικό, ενδιαφέρον για την κατάθλιψη στους ασθενείς με σχιζοφρένεια έκανε **εμφανή την έλλειψη** μιας ειδικής κλίμακας αξιολόγησης της κατάθλιψης σε αυτόν τον πληθυσμό. Μια από τις ομάδες που επεχείρησαν να προτείνουν ένα τέτοιο εργαλείο ήταν αυτή του Addington από το Πανεπιστήμιο του Calgary στον Καναδά, η οποία παρουσίασε την κλίμακα **κατάθλιψης του Calgary για τη σχιζοφρένεια** (Calgary Depression Scale for Schizophrenics, CDSS) (Addington D, Addington J, Schissel BA, 1990) . Η κλίμακα προήλθε από δύο ήδη υπάρχουσες και ευρέως χρησιμοποιούμενες κλίμακες: την παρούσα ψυχική εξέταση

(Present State Examination, PSE) και μάλιστα μια **υποκλίμακά** της που μετρά κατάθλιψη (Present State Examination-Depression, PSE-D) και την **κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton** (HDRS-17). Από την κλίμακα κατάθλιψης του Hamilton των 17 λημμάτων, χρησιμοποιήθηκαν τέσσερα (4) λήμματα. Στη συνέχεια με τη βοήθεια στατιστικών μεθόδων επελέγησαν εκείνα τα λήμματα των δύο κλιμάκων που δημιουργούν έναν κύριο παράγοντα με τα πυρηνικά συμπτώματα της κατάθλιψης, όπως αυτά εμφανίζονται σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

Η CDSS περιλαμβάνει εννέα (9) λήμματα (κατάθλιψη, απελπισία, αυτοϋποτίμηση, ενοχικές ιδέες αναφοράς, παθολογική ενοχή, πρωινή κατάθλιψη, πρόωμη αφύπνιση, αυτοκτονικότητα, παρατηρούμενη κατάθλιψη) καθένα από τα οποία μπορεί να λάβει βαθμολογία **από το 0 έως το 3**, ανάλογα με τη σοβαρότητά του (0=απουσία συμπτώματος, 1=ήπια, 2=μέτρια και 3=σοβαρή συμπτωματολογία). Το εύρος της βαθμολογίας της κλίμακας είναι από **0–27**. Η κλίμακα CDSS έχει τη δυνατότητα να διαχωρίζει με εξαιρετική ακρίβεια την παρουσία ή όχι κατάθλιψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια στην οξεία, αλλά και στη χρόνια φάση της νόσου με χρήση της βαθμολογίας 6 ως ουδού (CDSS>6). Επιπλέον, παρουσιάζει υψηλή εξειδίκευση, ως προς τη

διάκριση των καταθλιπτικών από τις εξωπυραμιδικές ανεπιθύμητες ενέργειες, αλλά και από τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.

Η κλίμακα κατάθλιψης του Calgary για σχιζοφρενείς (CDSS) προτυπώθηκε σε ελληνικό πληθυσμό στην Α΄ ψυχιατρική κλινική του πανεπιστημίου Αθηνών, στο Αιγινήτειο νοσοκομείο. Τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της ελληνικής έκδοσης της CDSS είναι παραπλήσια αυτών της ομάδας του Addington (Σταμούλη Σ, 2000).

## **Α. ΘΕΡΑΠΕΙΑ**

Η αξιολόγηση και θεραπεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη σχιζοφρένεια παραμένει κλινικά προκλητική. Οι πρόσφατες εξελίξεις στην ψυχοφαρμακολογία και άλλες θεραπευτικές προσεγγίσεις αναδεικνύουν την σημασία της καθιέρωσης της διάγνωσης **σε πρώιμο στάδιο. Ο θεραπευτικός στόχος είναι:**

- **Η μείωση της νοσηρότητας και της θνησιμότητας που συνδέεται με καταθλιπτικά συμπτώματα.**

**Τα πρώτα βήματα είναι:** **α)** να αποκλεισθούν οι περιπτώσεις σχιζοσυναισθηματικής διαταραχής και να αντιμετωπιστούν ανάλογα, **β)** η αντιμετώπιση τυχόν παθολογικών αιτιών που υπάρχουν, και **γ)** να εξεταστεί το ενδεχόμενο κατάχρησης ουσιών ως ένας παράγοντας που συμβάλλει στα συμπτώματα. Κάθε απόδειξη ότι αντιψυχωτικά φάρμακα παράγουν ακινησία πρέπει να οδηγήσει σε μείωση της δοσολογίας ή / και την χορήγηση των αντιχολινεργικών φαρμάκων. Η ακαθησία, με ταυτόχρονη αίσθηση της δυσφορίας, θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη σε ασθενείς που περιγράφουν υποκειμενική διαταραχή διάθεσης. Η ακαθησία / δυσφορία, αν υπάρχει, απαιτεί την ενεργό διαχείριση χρήση ενός αντιχολινεργικού φαρμάκου είναι γενικά αποτελεσματική. Άλλες επιλογές περιλαμβάνουν ανταγωνιστές β-αδρενοϋποδοχέα (π.χ. προπρανολόλη), ένα βενζοδιαζαπίνη ή μια αλλαγή στο αντιψυχωτικό φάρμακο.

Αν οι παραπάνω παράγοντες έχουν αντιμετωπιστεί και ο γιατρός είναι σίγουρος ότι δεν είναι αρνητικά συμπτώματα και δεν συγχέονται με καταθλιπτικά συμπτώματα, τότε οι επιλογές θεραπείας υπαγορεύεται σε μεγάλο βαθμό από το στάδιο της νόσου.

**Μια μέλλουσα προσέγγιση**, με αυξημένη ψυχοκοινωνική υποστήριξη, μπορεί να είναι μια καινοτόμα προσέγγιση. Τα αναδύομενα καταθλιπτικά συμπτώματα φαίνεται να προαναγγέλλουν

μια οξεία υποτροπή. Σαφώς, αντιψυχωτικά φάρμακα θα πρέπει να χορηγηθούν ή να αυξηθεί η δοσολογία εάν υπάρχει σοβαρή ανησυχία ότι ένα οξύ επεισόδιο είναι σε ανάπτυξη. Πράγματι, μελέτες παρακολούθησης δείχνουν ότι η έγκαιρη παρέμβαση στα πρώτα σημάδια της υποτροπής βελτιώνει την έκβαση ( [Johnstone et al, 1984](#) ).

Κατά τη διάρκεια οξέων επεισοδίων, τα καταθλιπτικά συμπτώματα δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται χωριστά από τα άλλα συμπτώματα και είναι πιθανό να επιλυθούν όταν το επεισόδιο υποχωρήσει. **Στην πλειονότητα των περιπτώσεων:** **α)** η αύξηση αντιψυχωσικών φαρμάκων, **β)** η αύξηση της ψυχολογικής υποστήριξης και, **γ)** εάν είναι απαραίτητο, η νοσηλεία, οδηγεί σε **επιτυχής αντιμετώπιση** της κατάθλιψης, καθώς και των θετικών συμπτωμάτων.

Υπάρχουν αρκετές αποδείξεις ότι τα νέα **μη συμβατικά** αντιψυχωσικά είναι πιο **αποτελεσματικά** στη θεραπεία της κατάθλιψης που σχετίζεται με ένα οξύ επεισόδιο. Η **ολανζαπίνη**, για παράδειγμα, ήταν ανώτερη από την **αλοπεριδόλη** στο θέμα αυτό σε μία πρόσφατη μελέτη ( [Tollefson et al, 1997](#) ). Άλλα μη συμβατικά, όπως η **ρισπεριδόνη**, **ζιπρασιδόνη** και **ζοτεπίνη**, μπορεί επίσης να συνεισφέρουν στην αύξηση της καλής διάθεσης. Τα άτυπα μπορεί να αποδειχθούν χρήσιμα για την κατάθλιψη που εμφανίζεται κατά την διάρκεια της χρόνιας φάσης της ασθένειας. Η **κλοζαπίνη** έχει αποδειχθεί ότι μειώνει την απελπισία, την κατάθλιψη και την αυτοκτονικότητα σε άτομα με χρόνια σχιζοφρένεια ( [Meltzer & Okalyi, 1995](#) ).

Υπάρχουν αρκετά **θετικά αποτελέσματα** για την συνταγογράφηση ενός αντικαταθλιπτικού όταν ο ασθενής έχει επίμονα καταθλιπτικά συμπτώματα και δεν είναι σε φάση της οξείας νόσου. Υπήρξαν **11 δημοσιευμένες δοκιμές** με ελεγχόμενη χορήγηση εικονικού φαρμάκου έναντι των τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών. Τα αποτελέσματα αυτών έδειξαν βελτίωση κατά του εικονικού φαρμάκου σε πέντε, και καμία βελτίωση σε έξι δοκιμές. Δυστυχώς, αυτές οι μελέτες ποικίλουν σε κριτήρια επιλογής των ασθενών, ιδιαίτερα σε σχέση με την φάση της ασθένειας του ασθενούς, αλλά οι πιο επιτυχώς διεξαγόμενες δοκιμές τείνουν να υποστηρίζουν μια θεραπευτική επίδραση ( [Plasky, 1991](#) ). Μια προειδοποίηση με τα τρικυκλικά, ωστόσο, είναι ότι περιστασιακά μπορεί να υπάρχει μια επιδείνωση των θετικών ψυχωτικών συμπτωμάτων.

Κλινικές δοκιμές επαναπρόσληψης των εκλεκτικών αναστολέων σεροτονίνης (SSRIs) έχουν συνολικά **θετική** επίδραση στα συμπτώματα κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια. Μερικές από τις μελέτες έχουν επικεντρωθεί περισσότερο στα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας και δεν έχουν συμπεριλάβει ασθενείς με σοβαρά συμπτώματα κατάθλιψης. Ωστόσο, σε γενικές γραμμές, οι ασθενείς φαίνεται να βελτιώνονται με το SSRI σε σχέση με το placebo. Μια **πρόσφατη μελέτη** που έχει σχεδιαστεί ειδικά για να **συγκρίνει** ένα SSRI με ένα εικονικό φάρμακο σε ασθενείς με σχιζοφρένεια με μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη βρέθηκε επίσης σαφές όφελος ( [Mulholland et](#)



[al, 1997](#) ). Δεδομένης της σχετικής ασφάλειας των SSRIs σε σύγκριση με τα τρικυκλικά, φαίνεται να είναι τα αντικαταθλιπτικά της επιλογής. Ωστόσο, είναι απαραίτητο να λάβουμε υπόψη πιθανές φαρμακοκινητικές αλληλεπιδράσεις με αντιψυχωσικά λόγω των ενζύμων ανασταλτικές επιδράσεις ορισμένων από τα SSRIs επί του συστήματος CYP450.

Η **ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT)** ήταν κατά τα προηγούμενα έτη συχνά προτιμότερη για τους ασθενείς με σχιζοφρένεια που παρουσίαζαν εξέχουσα συναισθηματικά συμπτώματα. Η πρακτική αυτή φαίνεται να **προέρχεται** από κλινικές παρατηρήσεις που έγιναν τη **δεκαετία του 1940** (όταν το ΣΕΚ ήταν η μόνη αποτελεσματική θεραπεία) ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια ο οποίος βελτιώθηκε με ECT είχε συχνά ισχυρές συναισθηματικές συνιστώσες. Ωστόσο, ορισμένες από αυτές τις δηλώσεις προήλθαν από τις ΗΠΑ, όπου πολλοί ασθενείς που διαγνωστήκαν με σχιζοφρένεια, στην Ευρώπη, θα είχαν λάβει διάγνωση συναισθηματικής ψύχωσης. Διαγράμματα από μελέτες αναθεώρησης των ασθενών που έλαβαν ECT **το 1950, 1970 και 1985 δεν βρίσκουν συγκλίνουσες ενδείξεις** ότι οι ασθενείς με συναισθηματικά συμπτώματα **βελτιώθηκαν** με τη ηλεκτροσπασμοθεραπεία από ότι με άλλους. **Μελέτες, τη δεκαετία του 1980** με ελεγχόμενη χορήγηση εικονικού φάρμακου **δεν υπέδειξαν** σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα κατάθλιψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια που υπέστησαν θεραπεία ECT, αλλά τα αποτελέσματα ήταν πιο θετικά σε ασθενείς με ψυχωσικά συμπτώματα ( [Cooper et al, 1995](#) ).

**Η Αποκατάσταση, η κοινωνική υποστήριξη και οι ευκαιρίες εργασίας είναι πιθανό να μειώσουν την αποθάρρυνση στη σχιζοφρένεια.** Η γνωστική θεραπεία έχει αποδειχθεί ότι είναι **αποτελεσματική** ( [Kingdon et al, 1994](#) ), αν και ο ρόλος της στη θεραπεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ειδικότερα, δεν έχει μελετηθεί. Λαμβάνοντας υπόψη τη χρησιμότητά της στη θεραπεία της καταθλιπτικής ασθένειας, είναι κάτι που αξίζει να εξεταστεί.

**Εν περίληψη, τα καταθλιπτικά συμπτώματα στη σχιζοφρένεια είναι:**

- ✓ κοινά,
- ✓ μια σημαντική αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας
- ✓ και μπορεί επαρκώς να διαφοροποιηθεί από τα άλλα συμπτώματα και τις επιδράσεις των φαρμάκων.

**Τέτοια συμπτώματα επιδέχονται θεραπεία και θα πρέπει να επιδιώκεται ενεργά σε όλους τους ασθενείς.**

## Ε. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΙΑ

Υπάρχουν διάφορες σημαντικές διαφορικές διαγνώσεις των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη σχιζοφρένια. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι η κατάθλιψη και η σχιζοφρένια δεν είναι απλά δύο ανεξάρτητες ασθένειες που εμφανίζονται μαζί κατά τύχη, βάσει της επιδημιολογίας κάθε ασθένειας.

**Οι διαφορικές διαγνώσεις που μπορούμε να λάβουμε υπόψη περιλαμβάνουν:**

- τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή ,
- τους οργανικούς παράγοντες
- καθώς και τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένιας.

Έχει υποστηριχτεί από μερικούς ότι η κατάθλιψη μπορεί με κάποιο τρόπο «να προκληθεί» από τη χορήγηση **αντιψυχωτικών** φάρμακων και αυτό το ζήτημα θα εξεταστεί λεπτομερώς παρακάτω. Η κατάθλιψη μπορεί επίσης να είναι μια κατανοητή ψυχολογική αντίδραση στη σχιζοφρένια. Όταν όλες αυτές οι δυνατότητες αποκλειστούν, υπάρχουν στοιχεία ότι η κατάθλιψη είναι συχνά ένα αναπόσπαστο τμήμα της ίδιας της σχιζοφρενούς διαδικασίας.

### **A. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή**

Η διαφοροποίηση της σχιζοφρένιας που παρουσιάζει σημαντικά κλινικά καταθλιπτικά συμπτώματα από τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή δεν είναι πάντα εύκολη. Σαφώς, η ακριβής διαχωριστική γραμμή μεταξύ των δύο όρων είναι εννοιολογική. Τα λειτουργικά κριτήρια όπως **icd-10** (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1992) μας επιτρέπουν να κάνουμε μια τέτοια διαφοροποίηση σε καθημερινή βάση (δείτε τα πλαίσια 1 και 2 ↓ ↓) και μας υπαγορεύουν τρόπους αντιμετώπισης και θεραπείας.

### **1.ICD-10 διαγνωστικές κατευθυντήριες γραμμές για τη μετα-σχιζοφρενική κατάθλιψη**

Ο ασθενής πληρεί τα γενικά κριτήρια για σχιζοφρένεια μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. Μερικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας εξακολουθούν να υπάρχουν, αλλά δεν είναι πλέον κυρίαρχα στην κλινική εικόνα (τα συμπτώματα μπορεί να είναι «θετικά» ή «αρνητικά», αν και τα τελευταία είναι πιο κοινά)

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι προεξέχοντα, εκπληρώνοντας τουλάχιστον τα κριτήρια για ένα καταθλιπτικό επεισόδιο, και είναι παρόντα για **τουλάχιστον δύο εβδομάδες** (είναι σπάνια επαρκώς έντονα ή εκτενή για να ικανοποιήσουν τα κριτήρια για ένα αυστηρό καταθλιπτικό επεισόδιο).

### **2.ICD-10 διαγνωστικά κατευθυντήριες γραμμές για σχιζοσυναισθηματική διαταραχή - καταθλιπτικού τύπου**

Όταν τα καθορισμένα σχιζοφρενή και καταθλιπτικά συμπτώματα είναι προεξέχοντα ταυτόχρονα, ή εμφανίζονται μέσα σε μερικές ημέρες το ένα από το άλλο, μέσα στο ίδιο πλαίσιο της ασθένειας. Συνεπεία αυτού, το πλαίσιο της ασθένειας δεν ικανοποιεί τα κριτήρια είτε για σχιζοφρένεια είτε για ένα καταθλιπτικό ή μανιακό επεισόδιο.

Πρέπει να υπάρξει προεξέχουσα κατάθλιψη που συνοδεύεται από τουλάχιστον δύο χαρακτηριστικά καταθλιπτικά συμπτώματα ή τις σχετικές συμπεριφορικές ανωμαλίες όπως για ένα καταθλιπτικό επεισόδιο

Τουλάχιστον ένα και κατά προτίμηση δύο χαρακτηριστικά σχιζοφρενή συμπτώματα, όπως προσδιορίζονται για τη σχιζοφρένεια, πρέπει να είναι παρόντα.

Η σχιζοφρένεια φέρει ένα βαρύ ψυχολογικό φορτίο και δεν είναι έκπληξη το γεγονός ότι αντιδράσεις απογοήτευσης και παραίτησης για τις αντιξοότητες της ζωής παρουσιάζονται συχνά στα άτομα που πάσχουν από σχιζοφρένεια. Έντονες αντιδράσεις που διαρκούν λιγότερο από δυο εβδομάδες είναι αυτοπεριορισμένα και απαιτούν υποστηρικτική θεραπεία.

Υπάρχουν μερικοί ασθενείς που μπορούν να χαρακτηριστούν ως πάσχοντες από ένα σύνδρομο αποθάρρυνσης ή μια χρόνιας αντιδραστικής απογοήτευσης. Τα σύνδρομα αυτά χαρακτηρίζονται από αισθήματα απόγνωσης, ανικανότητας, έλλειψη αυτοπεποίθησης. Η κατάλληλη θεραπεία είναι η ψυχοθεραπεία παρά η φαρμακολογική αγωγή. Η διαφοροποίηση ενός τέτοιου συνδρόμου από την κατάθλιψη δυστυχώς δεν είναι πάντα εύκολη. Σαφώς, μια αντιδραστική διαδικασία δεν μπορεί να εξηγήσει την πλειοψηφία των περιπτώσεων της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια. Εάν αυτό ισχύει, τότε τα καταθλιπτικά συμπτώματα πρέπει να παρουσιάζονται πιο συχνά καθώς τα ψυχωτικά συμπτώματα ανταποκρίνονται στην θεραπεία. Παρόλα αυτά εμφανίζεται να συμβαίνει το

αντίθετο, με τα καταθλιπτικά συμπτώματα να επιλύονται καθώς τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας βρίσκονται σε ύφεση.

## **B. Οργανικοί παράγοντες**

Καταθλιπτικά σύνδρομα μπορούν να εμφανιστούν ως επακόλουθο μιας σειράς των παθολογικών καταστάσεων (πίνακας 1 ↓). Νεοπλάσματα, αναιμίες, λοιμώξεις, νευρολογικές διαταραχές και διαταραχές του ενδοκρινικού συστήματος μπορούν να προκαλέσουν τα ψυχολογικά συμπτώματα άμεσα στο πρόσωπο με τη σχιζοφρένεια, ή τα καταθλιπτικά συμπτώματα μπορούν να εμφανιστούν ως αντίδραση στην ασθένεια.

Ένα μυοκαρδιακό έμφραγμα, παραδείγματος χάριν, μπορεί να παρουσιάσει συναισθηματική δυσχέρεια στο άτομο που πάσχει από σχιζοφρένεια καθώς έρχεται αντιμέτωπο με μια πρωτόγνωρη κατάσταση σωματικής δυσφορίας και την αδυναμία για να περιγράψει τα συμπτώματα επαρκώς . Το φάρμακο που χρησιμοποιείται για να μεταχειριστεί τις ιατρικές αναταραχές μπορεί επίσης να προκαλέσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα ως παρενέργεια. Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία ιατρικών παθήσεων μπορεί επίσης να προκαλέσει τα καταθλιπτικά συμπτώματα ως παρενέργεια. Αντιυπερτασικά, κορτικοστεροειδή, αντισπασμωδικά και L-dopa, μεταξύ άλλων, μπορεί να δημιουργήσει προβλήματα. Το ιατρικό ιστορικό του κάθε ασθενή που παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης θα πρέπει επομένως να εξετάζονται με προσοχή. Επιπλέον, το σύνολο των φαρμάκων που λαμβάνουν, όχι μόνο ψυχοτρόπα φάρμακα , και τυχόν πρόσφατες αλλαγές στη φαρμακευτική αγωγή, θα πρέπει να θεωρούνται ως πιθανή αιτιολογικοί παράγοντες ([www.medlook.net.cy](http://www.medlook.net.cy), [Medline](#)).

## Πίνακας 1.

### Κύρια διαφορική διάγνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη σχιζοφρένεια

<i>Διάγνωση</i>	<i>Σχόλιο</i>	<i>Παρέμβαση</i>
<b>Βιολογικά παράγοντες</b>		
Ιατρικές καταστάσεις	Αναιμίες, νεοπλάσματα, λοιμώξεις, νευρολογικές διαταραχές, κ.λπ.	Αντιμετωπίστε υποκείμενη αιτία
Παρενέργειες φαρμάκων	Βήτα-αποκλειστές, ανταγωνιστές ασβεστίου, υπνωτικά, ινδομεθακίνη, σουλφαμίδες, κορτικοστεροειδή, κλπ.	Αντιμετωπίστε υποκείμενη αιτία (π.χ. διακοπή φαρμακευτικής αγωγής αν είναι δυνατόν)
Διακοπή φαρμάκων	Από βενζοδιαζεπίνη, για παράδειγμα	Ελεγχόμενη διακοπή
Κατάχρηση ουσιών	Αποτέλεσμα χρήσης (π.χ. αλκοόλ) ή αποτέλεσμα στέρησης (π.χ. κοκαΐνη)	Ελεγχόμενη διακοπή και την πιθανή παραπομπή σε υπηρεσία απεξάρτησης
<i>Αρνητικά συμπτώματα σχιζοφρένειας</i>	Πρωτοβάθμια αρνητικά συμπτώματα μπορούν να διαφοροποιηθούν από τα καταθλιπτικά συμπτώματα (βλ. κείμενο)	Ενδεχόμενο άτυπης προσέγγισης
<i>Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή</i>	Καθιέρωση διαφορικής διάγνωση (βλ. Πλαίσια 1 και 2 )	Κατάλληλη θεραπεία για σχιζοσυναισθηματική διαταραχή
<b>Διαταραχές Προσαρμογής</b>		
Οξύς	Διάρκεια λιγότερο από δύο εβδομάδες	Ψυχοκοινωνική στήριξη
Χρόνια («σύνδρομο απογοήτευσης»)	παρατεταμένης διάρκειας	Ψυχοκοινωνική στήριξη
		Ενδέχεται αγωγή με αντικαταθλιπτικά

Η **χρήση ουσιών** είναι επίσης μια κοινή αιτία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, είτε ως άμεσο αποτέλεσμα της εν λόγω ουσίας ή ως ένα σύμπτωμα της διαδικασίας απεξάρτησης-διακοπής. Το αλκοόλ είναι αναμφισβήτητα η πιο κοινή ουσία που προκαλεί προβλήματα. Αναμφισβήτητα, η

κάνναβη μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα κατάθλιψης με τη μακροχρόνια χρήση, και η νικοτίνη και η καφεΐνη μπορεί να προκαλέσει δυσφορία αμέσως μετά την διακοπή χρήσης. Η κοκαΐνη, η οποία πιο συχνά συνδέεται με μανιακά συμπτώματα, μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη αμέσως μετά την διακοπή χρήσης. Το ίδιο ισχύει και για άλλα ψυχοδιεγερτικά).βλ .πίνακα 1)

### **Γ. Διαφοροποίηση της κατάθλιψης από τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας**

Τα «αρνητικά» χαρακτηριστικά γνωρίσματα της σχιζοφρένειας έχουν πολλές κλινικές ομοιότητες με το σύνδρομο της κατάθλιψης. η έλλειψη ενέργειας, η ανηδονία και η κοινωνική απόσυρση μπορεί να προκαλέσουν ιδιαίτερα προβλήματα κατά τη προσπάθεια διαφοροποίησης μεταξύ των δύο συνδρόμων. Η παρατηρηθείσα θλίψη είναι ένας αναξιόπιστος δείκτης της κατάθλιψης στη σχιζοφρένια. Ευδιάκριτη υποκειμενικά χαμηλή διάθεση , γεγονός που υποδηλώνει την κατάθλιψη, και εξέχοντα άμβλυση του συναισθήματος, γεγονός που υποδηλώνει αρνητικά συμπτώματα, είναι τα δύο χαρακτηριστικά που είναι πιο χρήσιμα στη διαφοροποίηση των δύο συνδρόμων. Η έμφαση στην άποψη του ασθενούς προς τον εαυτό του/της μπορεί να είναι μια χρήσιμη προσέγγιση στην ανίχνευση σημαντικών πτυχών της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας στη σχιζοφρένια.

**Άλλα συμπτώματα** που βοηθούν να καθιερώσουν τη διάγνωση της κατάθλιψης, περιλαμβάνουν μερικά από τα βασικά ψυχολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα που εμφανίζονται στην αρχική καταθλιπτική ασθένεια, όπως η **απελπισία, αισθήματα ανικανότητας και αναξιότητας, ενοχή, άγχος και αυτοκτονικές σκέψεις**. Στη σχιζοφρένια, τα **βιολογικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα** του καταθλιπτικού συνδρόμου, όπως η **αϋπνία και η επιβράδυνση της πνευματικής οξύτητας**, είναι όχι πάντα παρόντα - και εάν είναι παρόντα, μπορούν να είναι δυσκολότερο να διαλευκανθούν από τα αρνητικά συμπτώματα και μπορούν να είναι ένα εγγενές μέρος της ασθένειας χωριστής από οποιοδήποτε καταθλιπτικό σύνδρομο.

## ΣΤ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Ο ρόλος των αντιψυχωσικών φαρμάκων στην αιτιολογία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη σχιζοφρένεια είναι κάπως αμφιλεγόμενη.

Υπήρξαν τρεις κύριοι προτεινόμενοι ρόλοι (Πίνακας 2 ↓):

**Πίνακας 2.**

**Τα αντιψυχωσικά φάρμακα και τα συμπτώματα κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια**

<i><b>Προτεινόμενος όρος</b></i>	<i><b>Προτεινόμενος μηχανισμός</b></i>	<i><b>Αποδεικτικά στοιχεία για την υπόθεση</b></i>	<i><b>Παρέμβαση</b></i>
<b><u>1.«Φαρμακογενής» κατάθλιψη</u></b>	Τα αντιψυχωσικά προκαλούν κατάθλιψη από depressiona άμεσο αποτέλεσμα (ντοπαμινεργικών)	Πολύ αδύναμα	
<b><u>2.«Ακίνητική» κατάθλιψη</u></b>	Τα αντιψυχωσικά παράγουν εξωπυραμοειδείς παρενέργειες, όπως η βραδυκινησία και η απώλεια του αυθορμητισμού, που μιμούνται κατάθλιψη	Ενδεχομένως εξηγεί 10-15% των περιπτώσεων «κατάθλιψης» στη σχιζοφρένεια	Μειώση των αντιψυχωσικών
	Χαμηλή διάθεση μπορεί επίσης να εμφανιστεί ως απότοκος ακινησία		Αγωγή με αντιχολινεργικά
			Σκεφτείτε εκτός τυπικής προσέγγισης / αντιψυχωσικά
<b><u>3.Αντιψυχωσικά που προκαλούν δυσφορία</u></b>	Δυσφορία με ή χωρίς χαρακτηριστικά ακαθησίας.	Χρόνια ακαθησία παρουσιάζετε στο	Αντιχολινεργικά φάρμακα (αλλά

<i>Προτεινόμενος όρος</i>	<i>Προτεινόμενος μηχανισμός</i>	<i>Αποδεικτικά στοιχεία για την υπόθεση</i>	<i>Παρέμβαση</i>
		25% των ασθενών	λιγότερο χρήσιμα από ό, τι σε ακινησία)
	Μπορεί να παρουσιαστεί σαν διεργετική κατάθλιψη	Ποσοστά ασθενών με σημαντική δυσφορία άγνωστη	Οι βενζοδιαζεπίνες
			Βήτα-αποκλειστές
			Μείωση της δόσης των αντιψυχωσικών
			Χορηγήση άτυπου φαρμάκου

**Τριάντα χρόνια πριν**, προτάθηκε ότι τα **αντιψυχωσικά** που λειτουργούσαν άμεσα προκαλούσαν τη λεγομένη «**φαρμακογενής κατάθλιψη**» (De Alarcon & Carney, 1969). Υπάρχει μια πιθανή θεωρητική εξήγηση για αυτό καθώς τα αντιψυχωσικά δρουν κυρίως επί των ντοπαμινεργικών οδών και η ντοπαμίνη παίζει σημαντικό ρόλο στους μηχανισμούς ευχαρίστησης. Μία εναλλακτική υπόθεση προτείνει ότι η ακινησία, μια εξωπυραμιδική παρενέργεια των αντιψυχωσικών φαρμάκων, και όχι αναγκαστικά συνοδευόμενη από άλλα συμπτώματα, όπως το τρέμουλο, μπορεί να μιμηθεί την κατάθλιψη. . Αυτό το φαινόμενο έχει ονομαστεί «**ακινητική κατάθλιψη**» (Van Putten & May, 1978). Οι ασθενείς εμφανίζουν αεργία και ακινησία, μερικές φορές με τη συνοδεία χαμηλής διάθεσης. Οι Van Putten & May θεώρησαν ότι αυτό είναι ένα νέο σύμπτωμα μιας εξωπυραμιδικής διαταραχής και όχι μέρος ενός παρκinsonικού συνδρόμου. Είτε μπορεί να διαφοροποιηθεί αξιόπιστα από το πάρκινσον και το σύνδρομο αυτό είναι στην πραγματικότητα μια ξεχωριστή κλινική οντότητα είναι ένα ερώτημα που παραμένει ανοιχτό. Αν και μερικές παρατηρήσεις έχουν υποστηρίξει αυτές τις υποθέσεις, το βάρος των στοιχείων ήταν ενάντια, προτείνοντας ότι τα αντιψυχωσικά φάρμακα είναι υπεύθυνα για σχετικά λίγες περιπτώσεις εμφάνισης κατάθλιψης στη σχιζοφρένια

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε ασθενείς με σχιζοφρένια που δεν ακολουθούν αγωγή με αντιψυχωσικά ( [Johnson, 1981 α](#) ), η συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης πέφτει όταν η θεραπεία περιλαμβάνει αντιψυχωσικά ( [Hirsch et al, 1989](#) ) και όταν διακόπτονται υπάρχει μια αύξηση στο



ποσοστό των ασθενών που απαιτούν αντικαταθλιπτικά ( [Hirsch et al., 1973](#) ). Αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ καταθλιπτικών και μη-καταθλιπτικών ασθενών με σχιζοφρένεια στην δοσολογία των αντιψυχωσικών φαρμάκων που έλαβε.

Ο **Johnson (1981)** εκτίμησε ότι η ‘‘ ακινητική’’ κατάθλιψη είναι υπεύθυνη για το **10 %-15 %** των συμπτωμάτων καταθλιπτικής φύσης. Είναι δύσκολο να γνωρίζουμε κατά πόσο είναι έγκυρος αυτός ο ισχυρισμός όμως η ακινητική κατάθλιψη πρέπει πάντα να λαβαίνεται υπόψη και να θεωρείται ενδεχόμενη καθώς και τα αντιχολινεργικά σαν μια θεραπευτική επιλογή. Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι τόσο συχνά σε ασθενείς που τους χορηγούνται αντιχολινεργικά, όπως σε εκείνους που δεν , και δεν είναι τα αντιχολινεργικά μια αποτελεσματική θεραπεία για τα συμπτώματα της κατάθλιξης ( [Johnson, 1981](#), ).

**Πιο πρόσφατα**, η προσοχή έχει εστιάσει στην έννοια αντιψυχωσικά-προκληθείσα δυσφορία . Μια μελέτη με υγιείς εθελοντές ( [King et al , 1995](#) ) κατέδειξε ότι η δυσφορία εμφανίζεται συχνά έλλειψη της κινητικής ανησυχίας και καθίστα δύσκολη τη διάγνωση της . Είναι δυνατόν μερικοί ασθενείς με σχιζοφρένεια που παρουσιάζουν καταθλιπτικά συμπτώματα στην πραγματικότητα να παρουσιάζουν αντιψυχωσικά-προκληθείσα δυσφορία, χωρίς τα κινητικά συμπτώματα της ακαθησίας που θα καθιστούσαν τη διάγνωση προφανέστερη. Πρέπει να τονιστεί ότι η δυσφορία/ακαθησία δεν είναι μια τετριμμένη παρενέργεια και έχει συνδεθεί ακόμη και με την αυτοκτονία ( [drake & Ehrlich, 1985](#)).

## **Z. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΚΥΡΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ**

Παρά το γεγονός ότι οι παραπάνω παράγοντες θα πρέπει πάντα να λαμβάνεται υπόψη, είναι επίσης πιθανόν ότι η πλειοψηφία των ασθενών με σχιζοφρένεια, οι οποίοι εμφανίζουν σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα να έχουν αυτά τα συμπτώματα ως μια πτυχή της ίδιας την ασθένεια. Ο Πίνακας 3 ↓ συνοψίζει τις περιπτώσεις στις οποίες αυτό συμβαίνει και τις βασικές προσεγγίσεις για τη διαχείριση αυτών. ([www.medlook.net.cy](http://www.medlook.net.cy), Medline)

### Πίνακας 3.

#### Τα καταθλιπτικά συμπτώματα και η χρονική διάρκεια της σχιζοφρένειας

<i>Στάδιο</i>	<i>Σχέση με οξύ επεισόδια</i>	<i>Εκτιμώμενη Συχνότητα</i>	<i>Θεραπεία</i>
<b><u>Η κατάθλιψη ως πρόδρομο σύμπτωμα</u></b>	Σημάδια της επικείμενης υποτροπής	50%	Αύξηση ψυχοκοινωνικής υποστήριξης
			Όχι μείωση στα αντιψυχωσικά πρόωρα Αύξηση ενδέχεται να απαιτηθεί
<b><u>Κατάθλιψη ως σημαντική συνιστώσα σε οξύ επεισόδιο</u></b>	Εμφανή καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια ενός οξύ ψυχωτικού επεισοδίου (διαφοροποίηση από σχιζοσυναισθηματική διαταραχή)	22-80%	Απαιτείται αποτελεσματική θεραπεία με αντιψυχωσικά φάρμακα
	«Revealed Depression» - παρούσα κατά τη διάρκεια οξέος επεισοδίου, αλλά εμφανίζει συμπτώματα όταν τα θετικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας ανταποκρίνονται στην θεραπεία		Χορήγηση μη συμβατικών αντιψυχωσικών
			Απαιτείται προσεκτική κλινική παρακολούθηση λόγω κίνδυνου αυτοκτονίας
<b><u>Πρώιμη μετά ψυχωτική κατάθλιψη (πρώτους έξι μήνες μετά από οξύ επεισόδιο)</u></b>	Τα καταθλιπτικά συμπτώματα επιλύονται πιο αργά από ό, τι τα συμπτώματα του οξύ επεισοδίου	25%	Απαιτείται να συνεχιστεί η κατάλληλη αγωγή με αντιψυχωσικά
			Χορήγηση μη

<i>Στάδιο</i>	<i>Σχέση με οξύ επεισόδια</i>	<i>Εκτιμώμενη Συχνότητα</i>	<i>Θεραπεία</i>
			συμβατικού αντι-ψυχωτικού
			Αν είναι σοβαρή , μπορεί να χρειαστεί χορήγηση αντικαταθλιπτικών
<b><u>Όψιμη μετά ψυχωτική κατάθλιψη (περισσότερο από έξι μήνες μετά από οξύ επεισόδιο)</u></b>	Τα καταθλιπτικά συμπτώματα αναπτύσσονται μετά από οξύ επεισόδιο ή επιμένουν για περισσότερο από έξι μήνες μετά το οξύ επεισόδιο, δηλαδή η πορεία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, δεν συσχετίζονται με την πορεία των οξέων συμπτωμάτων	13-33% (σε ασθενείς)	Αλλαγή των αντιψυχωσικών, ίσως αντικατάσταση με κλοζαπίνη. Χορήγηση αντικαταθλιπτικών

### **Η κατάθλιψη ως πρόδρομο σύνδρομο**

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα είναι **κοινά** στην πρόδρομη περίοδο πριν από τα οξέα ψυχωτικά επεισόδια. Ο **Herz & Melville (1980)** διαπίστωσαν ότι τα συμπτώματα που αναφέρονται συχνότερα από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους ήταν: «συμπτώματα δυσφορίας ότι άτομα με μη-ψυχωτική εμπειρία παρουσίαζαν αισθήματα πίεσης και έντονου στρες, απώλεια όρεξης , αδυναμία συγκέντρωσης, προβλήματα στον ύπνο, κατάθλιψη και απομάκρυνση από τους οικείους του". Πράγματι, η κατάθλιψη, όπως περιγράφηκε παραπάνω, έχει περιγραφεί από το **60% των ασθενών** και περισσότερο από το **75% των συγγενών τους**. Στου **Johnson et al 's (1983)** τα ευρήματα, τα ποσοστά είναι λιγότερο δραματικά, με το 20% να βιώνουν πιο έντονα συναισθηματικά συμπτώματα πριν από την υποτροπή. Η εμφάνιση των συναισθηματικών

συμπτωμάτων μπορεί να αντιπροσωπεύει μια ψυχολογική αντίδραση για επικείμενη υποτροπή, μπορεί να αντανακλά μια ελλοχεύουσα βιολογική διαδικασία μεσολαβώντας αυτών των συμπτωμάτων, όσο και των θετικών ψυχωτικών συμπτωμάτων, ή μπορεί να είναι ένα επιφανόμενο. Σε κάθε περίπτωση, νέα αναδυόμενα συναισθηματικά συμπτώματα είναι ένα χρήσιμο σημάδι έγκαιρης προειδοποίησης της επικείμενης υποτροπής.

### **Τα καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τη διάρκεια οξέων επεισοδίων**

Τα καταθλιπτικά συμπτώματα σχετίζονται συχνότερα με την οξεία φάση της ασθένειας. Τέτοια συμπτώματα είναι πιο διαδεδομένα πριν αρχίσει η φαρμακευτική αγωγή ( [Knights & Hirsch, 1981](#) ) και εμφανίζονται σε **περισσότερους από τους μισούς** ασθενείς, οι οποίοι είχαν εμφανίσει ένα επεισόδιο ή δεν ακολουθούσαν φαρμακευτική αγωγή ( [Johnson, 1981](#) ). Η συχνότητα των καταθλιπτικών συμπτωμάτων πέφτει δραματικά κατά τη διάρκεια της εισαγωγής για μία οξεία υποτροπή, και εμφανίζεται σε περίπου **25%** των ασθενών κατά τη διάρκεια των έξι μηνών μετά την απαλλαγή από την νοσηλεία . Η στενή σχέση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και των οξύ επεισοδίων ενισχύει τις υποθέσεις ότι αυτά τα συμπτώματα είναι ένα κύριο χαρακτηριστικό της σχιζοφρένειας και δείχνει ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα και τα πιο τυπικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας μπορούν να μοιράζονται κοινές παθοφυσιολογικές διεργασίες.

### **Τα καταθλιπτικά συμπτώματα σε χρόνια σχιζοφρένεια**

Τα **χαμηλότερα ποσοστά** των καταθλιπτικών συμπτωμάτων εμφανίζονται στη **χρόνια φάση της νόσου** από 4-25% και μια μέση τιμή να υπολογίζεται στο **15%** ( [Leff, 1990](#) ). Οι περισσότερες από τις δημοσιευμένες μελέτες σχετικά με χρόνιους ασθενείς δεν καθορίζουν την κλινική σταθερότητα ή μη των εμπλεκόμενων ασθενών. Σε μία μελέτη ( [Pogue-Geile, 1989](#) ), μόνο οι ασθενείς που ήταν κλινικά σταθεροί (δεν νοσηλεύονταν τους προηγούμενους έξι μήνες, δεν άλλαξαν φαρμακευτική αγωγή τις προηγούμενες έξι εβδομάδες και έχουν κριθεί από τον ιατρό τους σταθεροί) και οι οποίοι είχαν ενταθεί στην κοινότητα, εκτιμήθηκε ότι το **9%** αυτών παρουσίαζαν κατάθλιψη. Επίμονα κ θετικά συμπτώματα στη χρόνια φάση της νόσου μπορεί να οδηγήσουν σε δυσφορία, αποθάρρυνση και κατάθλιψη.

## Μετα-ψυχωτική κατάθλιψη

Έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή κατά τα τελευταία χρόνια στην εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της χρόνιας φάσης της σχιζοφρένειας.

Οι όροι «μετα-ψυχωτική κατάθλιψη» «μετα-σχιζοφρενική κατάθλιψη» και «δευτερεύουσα κατάθλιψη» έχουν χρησιμοποιηθεί για να περιγράψουν το φαινόμενο αυτό. Δυστυχώς, όπως υποστήριξε ο Σίρις (1990), ο όρος «μετα-ψυχωτική κατάθλιψη» έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει τρεις παρόμοιες, αλλά κλινικά ευδιάκριτες, ομάδες ασθενών.

**A)** Σε μια ομάδα, τα καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται κατά τη διάρκεια ενός οξύ ψυχωτικού επεισοδίου και υποχωρούν καθώς τα θετικά ψυχωτικά συμπτώματα υποχωρούν, αν και μερικές φορές με πιο αργούς ρυθμούς. Αυτά τα καταθλιπτικά συμπτώματα γίνονται εμφανή μόνο όταν τα θετικά συμπτώματα υποχωρήσουν, και ενίοτε χρησιμοποιείται ο όρος «**Revealed depression**».

**B)** Η δεύτερη συμπίπτει με τον ορισμό της πρώτης, αλλά περιγράφει τους ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης, όταν τα θετικά ψυχωτικά συμπτώματα υποχωρούν.

**Γ)** Η τρίτη ομάδα των ασθενών είναι εκείνοι στους οποίους σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα εμφανίζονται, μετά την υποχώρηση του οξύ επεισοδίου.

Η πολλαπλότητα των όρων και των διαφορετικών τρόπων με τους οποίους έχουν χρησιμοποιηθεί δεν έχει προσθέσει στη αποσαφήνιση της βιβλιογραφίας. Οι μελέτες σε αυτόν τον τομέα έχουν μεταβληθεί σε μεγάλο βαθμό όσον αφορά τη μεθοδολογία, συμπεριλαμβανομένων των ορισμών τους.

Η έννοια της μετα-σχιζοφρενική (ή μετα-ψυχωτικά) κατάθλιψη έχει πλέον ενσωματωθεί στο ICD-10 ( [Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1992](#) ) σύστημα ταξινόμησης (και στο παράρτημα του DSM-IV [American Psychiatric Association, 1994](#)). Το ICD-10 προσφέρει ένα εφαρμόσιμο ορισμό της μετα-σχιζοφρενικής κατάθλιψη (Πλαίσιο 1 [↑](#) ) και επιχειρεί να αποφευχθεί η σύγχυση δηλώνοντας ότι δεν έχει σημασία για τη διάγνωση εάν τα συμπτώματα κατάθλιψης *ή έχουν αποκαλυφθεί ή είναι μια νέα εξέλιξη*, και είναι εξίσου αδιάφορο αν η κατάθλιψη αποτελεί αναπόσπαστο μέρος της σχιζοφρένειας ή μια ψυχολογική αντίδραση σε αυτό.

## Η σημασία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη σχιζοφρένεια

Ο **Bleuler** θεώρησε τα προεξέχοντα συναισθηματικά συμπτώματα ένα καλό προγνωστικό σημάδι στη διάγνωση της σχιζοφρένειας. Αυτή η έννοια ενέμεινε για **πολλές δεκαετίες**, παρά την **έλλειψη** επαρκών και ικανοποιητικών στοιχείων για να την υποστηρίξουν. Αν και τα **τελευταία χρόνια** έχουν εμφανιστεί μελέτες και στοιχεία **προς διάψευση του**.

Η **κατάθλιψη** είναι ένας σχετιζόμενος παράγοντας κινδύνου εμφάνισης **αυτοκτονικού** επεισοδίου στη σχιζοφρένεια. Δεδομένου ότι το **10%** των ασθενών με σχιζοφρένεια βάζουν τέλος στη ζωή τους, αυτό έχει προφανή σημασία. Οι ασθενείς που αυτοκτονούν είναι πιο πιθανό να έχουν μια ιστορία καταθλιπτικών επεισοδίων και να έχουν παρουσιάσει συμπτώματα κατάθλιψης. Η αυτοκτονία στη σχιζοφρένεια φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την απελπισία και τις ψυχολογικές πτυχές της κατάθλιψης από ό, τι με αγενούς χαρακτηριστικά ( [Drake & Cotton, 1986](#) ). Η κατάθλιψη συνδέεται επίσης με απόπειρα αυτοκτονίας ( [Prasad, 1986](#) ).

Ο **Cheadle κ.ά. (1978)** πρότεινε ότι τα νευρωτικά συμπτώματα -πολλά από αυτά καταθλιπτικής φύσης- είναι τα κύρια συμπτώματα που προκαλούν απόγνωση σε ασθενείς με χρόνια σχιζοφρένεια. Ο **.Johnson (1981)**, διαπίστωσε ότι κατά τη διάρκεια μιας διετούς περιόδου παρακολούθησης η συνολική νοσηρότητα από κατάθλιψη ήταν περισσότερο από **διπλάσια** από ότι στα οξύ συμπτώματα της σχιζοφρένειας και ότι ο κίνδυνος από ένα επεισόδιο της κατάθλιψης ήταν πάνω από **τρεις φορές** από τον κίνδυνο μιας οξέως σχιζοφρενικής υποτροπής. Μελέτες έχουν δείξει ότι η κατάθλιψη μπορεί να είναι η κύρια αιτία για το **40%** των εισαγωγών ( [Falloon et al, 1978](#) ) και ότι οι ασθενείς που εκδηλώνουν μετά ψυχωτική κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν ψυχωτική υποτροπή.

Ο **Glazer et al (1981)** επισήμανε μια σύνδεση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και αδυναμίας ανάληψης κοινωνικών ρόλων, συμπεριλαμβανομένων δυσκολιών στις σχέσεις με τους άλλους. Επίσης φαίνεται να υπάρχει ένας συσχετισμός μεταξύ της μετα-ψυχωτικής κατάθλιψης και της ανεπαρκούς προνοσηρής κοινωνικής προσαρμογής με τη δόλια αρχή του πρώτου ψυχωτικού επεισοδίου.

### **Αιτία της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια**

Η αιτία της κατάθλιψης, ως **κύριο σύμπτωμα** στη σχιζοφρένεια, δεν είναι γνωστή. Ενδιαφέρον όμως παρουσιάζει το γεγονός, ότι η γονική απώλεια σε νεαρή ηλικία είναι ένας από τους πιο **κοινούς παράγοντες** μεταξύ των ασθενών με μετα-ψυχωτική κατάθλιψη ( [Roy et al, 1983](#) ), παρά το οικογενειακό ιστορικό εμφάνισης συναισθηματικών διαταραχών ( [Subotnik et al, 1997](#) ). Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι εξίσου συχνή σε άνδρες και γυναίκες ασθενείς ( [Addington et al, 1996](#) ). Πρόσφατες μελέτες έχουν δείξει τη σύνδεση μεταξύ καταθλιπτικών συμπτωμάτων και τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής, γεγονός που υποδηλώνει δυσλειτουργία στο μετωπιαίο λοβό ( [Kohler et al, 1998](#), ) και αύξηση του όγκου των διμερών κροταφικών λοβών και μειωμένη πλαγιοτήτα του εγκέφαλου ( [Kohler et al, 1998 b](#) ). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν, μεταξύ άλλων, ότι η νευροβιολογία των καταθλιπτικών συμπτωμάτων στη σχιζοφρένεια μπορεί να παρουσιάζει **ομοιότητες** με εκείνη της κατάθλιψης. Περαιτέρω προσπάθειες απαιτούνται για να αποσαφηνιστεί το ζήτημα.

## Η. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

**Οι πιθανοί προδιαθεσικοί παράγοντες εμφάνισης κατάθλιψης στους ασθενείς με σχιζοφρένεια μπορεί να χωριστούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες:**

- 1. Η πρώτη περιλαμβάνει δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως ηλικία, φύλο, μορφωτικό επίπεδο και οικογενειακή κατάσταση.**
- 2. Η δεύτερη περιλαμβάνει χαρακτηριστικά της νόσου και της πορείας της, όπως ηλικία έναρξης της νόσου, αριθμό νοσηλειών, ύπαρξη αποπειρών αυτοκτονίας, χρονιότητα της νόσου και κληρονομικότητα.**

Το φύλο και η ηλικία δε βρέθηκε να σχετίζονται με την ύπαρξη κατάθλιψης σε ένα μεγάλο αριθμό μελετών (**Johnson DAW, 1981**), (**Sands JR, Harrow M., 1999**), (Nakaya M, Ohmori K, Komahashi T, Suwa H., 1997). Αντίθετα, οι **Emsley et al** (Emsley RA, Osthuizen PP, Joubert AF, Roberts MC, Stein DJ., 1999) ανέφεραν ότι η κατάθλιψη είναι πιο συχνή στις γυναίκες και στα νεαρά άτομα. Στη μελέτη αυτή βρέθηκε ότι ασθενείς με πρώτοσχιζοφρενικό επεισόδιο που ήταν και οι νεαρότεροι σε ηλικία είχαν πιο συχνά κατάθλιψη, γεγονός που μπορεί να προκάλεσε λανθασμένα το εύρημά τους σχετικά με την ηλικία. Επίσης, για τη διάγνωση της κατάθλιψης η ομάδα του Emsley χρησιμοποίησε τέσσερα λήμματα της PANSS, τα δύο εκ των οποίων αξιολογούν άγχος, ένα δηλαδή, μη ειδικό σύμπτωμα. Είναι, λοιπόν, δυνατόν το εύρημά τους αναφορικά με τη σχέση φύλου και κατάθλιψης, να οφείλεται στη χρήση μη ειδικής κλίμακας για τον καθορισμό της κατάθλιψης.

Σχετικά με τους υπόλοιπους παράγοντες, οι **Lancon et al** (Lancon C, Auquier P, Reine G, Toumi M, Addington D., 1999) βρήκαν ότι οι ασθενείς με σχιζοφρένεια που παρουσίαζαν κατάθλιψη είχαν **μεγαλύτερη διάρκεια νόσησης**, ενώ σε μια άλλη μελέτη οι **Barnes et al** (Barnes TRE, Curson DA, Liddle PF, Patel M., 1989) **δε βρήκαν τέτοια σχέση**. Οι δύο αυτές μελέτες διέφεραν πολύ στη σύνθεση των πληθυσμών της μελέτης τους και γι' αυτό είναι μη συγκρίσιμα τα αποτελέσματά τους. επίσης, τα συμπεράσματά τους δεν έχουν επαληθευτεί από άλλες μελέτες.

Οι **Subotnick et al** (Subotnik KL, Nuechterlein KH, Asarnow RF, Fogelson DL, Goldstein MJ, Talovic SA, 1997) βρήκαν σε ένα πληθυσμό ασθενών με σχιζοφρένεια πρόσφατης έναρξης, ότι η παρουσία καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια του έτους που ακολουθούσε την υποχώρηση της οξείας φάσης σχετιζόταν με την ύπαρξη κληρονομικού ιστορικού κατάθλιψης. Αυτή η σχέση δεν ίσχυε για ασθενείς που εμφάνιζαν καταθλιπτικά συμπτώματα κατά την οξεία φάση της σχιζοφρένειας.

Τέλος, σε δύο μελέτες οι **Emsley et al** (Emsley, Osthuizen , Joubert , Roberts, Stein, 1999) και οι **Addington et al** (Addington, Addington, Patten, 1998) ανέφεραν ότι ασθενείς με πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο εμφανίζουν σοβαρότερη μορφή κατάθλιψης έτσι όπως αυτή αξιολογείται από τις ψυχομετρικές κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν. Στην **πρώτη μελέτη** το δείγμα των ασθενών με πρώτο σχιζοφρενικό επεισόδιο ήταν πολύ μικρό (N=13) και η συχνότητα της κατάθλιψης πολύ μεγάλη (10/13, 76%) και συνεπώς το αποτέλεσμα ελέγχεται λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος. **Στη δεύτερη μελέτη**, οι ερευνητές βρήκαν αυξημένη βαθμολογία θετικών συμπτωμάτων σε ασθενείς πρώτου σχιζοφρενικού επεισοδίου, ενώ παράλληλα υπήρχε συσχέτιση μεταξύ θετικών και καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Συνεπώς, το εύρημά τους αυτό μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ταυτόχρονης συσχέτισης των θετικών συμπτωμάτων με την κατάθλιψη και της συμμετοχής ενός τυχαίου ασθενούς στην ομάδα του πρώτου σχιζοφρενικού επεισοδίου.

**Καμιά άλλη** από τις προαναφερθείσες μεταβλητές, όπως μορφωτικό επίπεδο, ύπαρξη αποπειρών αυτοκτονίας και κληρονομικότητα δε βρέθηκε να σχετίζεται με την εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια.

**Τέλος, από τη μελέτη του Αιγινήτειου** (κατάθλιψη κατά την οξεία φάση), προέκυψε ότι ασθενείς **άγαμοι** έχουν **μεγαλύτερη πιθανότητα** εμφάνισης κατάθλιψης από τους εγγάμους, **όπως** και ασθενείς με **παρανοϊκή μορφή σχιζοφρένειας**. Το ίδιο βρέθηκε και για ασθενείς με υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα ακαθισίας (Barnes), καθώς και ασθενείς που αντιμετωπίζονται με άτυπα αντιψυχωσικά (Σταμούλη, 2010).

*Συνοπτικά, πολύ λίγα είναι γνωστά για την ύπαρξη προδιαθεσικών παραγόντων στην εμφάνιση κατάθλιψης σε ασθενείς με σχιζοφρένεια, ένα πεδίο που χρήζει περαιτέρω έρευνας.*



## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στα πλαίσια της εκστρατείας κατά των ψυχικών διαταραχών επέλεξα το θέμα της πτυχιακής εργασίας μου, ώστε να συμβάλλω στην ενημέρωση του κοινού όσον αφορά τους παράγοντες που ευνοούν στην ανάπτυξη, την παθογένεια δύο εκ των σημαντικότερων ψυχικών νοσημάτων, τους τρόπους πρόληψης και της θεραπείας τους. Επίσης ήθελα να θίξω το θέμα της κατάθλιψης στη σχιζοφρένεια, ένα ζήτημα που ακόμα δεν έχει αποσαφηνιστεί από την σύγχρονη ψυχιατρική.

**Ελπίζω** στην ευαισθητοποίηση του κοινού όσο και της πολιτείας, ώστε να πάψουν οι ψυχικές μάστιγες να αποδεκατίζουν εκατομμύρια πληθυσμού σ' ολόκληρο τον κόσμο και στην Ελλάδα.

Οι νοσηλευτές θα πρέπει να πρωτοστατήσουν σ' αυτήν την προσπάθεια ενημέρωσης των πολιτών για τις ψυχικές ασθένειες, εκπαίδευσης τους σε θέματα πρόληψης ψυχικών νόσων, και υιοθέτησης υγιεινών συνηθειών διατροφής και ζωής γενικότερα. Ας μην ξεχνάμε άλλωστε, η πρόληψη σώζει ζωές και κοστίζει στον εθνικό προϋπολογισμό πολύ λιγότερο από τη θεραπεία.

Οι ψυχικά ασθενείς δεν πρέπει να στιγματίζονται. Η κοινωνία θα πρέπει να βοηθήσει στη θεραπεία τους, με την αποδοχή και η πολιτεία να πρέπει να λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την καλύτερη θεραπεία τους και την αποδοτικότερη αποκατάστασή τους.

Οι ψυχικές νόσοι και συγκεκριμένα η **κατάθλιψη** και η **σχιζοφρένεια**, ιδιαίτερα κατά την παιδική κ εφηβική ηλικία είναι μία περιοχή μεγάλης επιστημονικής και κλινικής σημασίας. Στοιχεία που προκύπτουν από τη διαγνωστική διαδικασία σχετικά με τη **συχνότητα**, τη **φαινομενολογία**, το **οικογενειακό ιστορικό** και τη **χρονική διάρκεια** τονίζουν την πιθανότητα της διατήρησης, της διαταραχής αυτής στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή αν και η σημασία των κοινωνικών και βιολογικών παραγόντων επικινδυνότητας χρειάζεται περισσότερη έρευνα.

**Η ενημέρωση του ευρύ κοινού και της οικογένειας** γύρω από τη φύση και την πορεία των ψυχικών νόσων θεωρείται απαραίτητη.

**Η έγκαιρη διάγνωση**, η **σωστή αντιμετώπιση** και η **προφύλαξη**, είναι παράμετροι σημαντικές για να ελαττωθούν οι κίνδυνοι και να περιοριστούν το άγχος και η τρικυμιά της διαταραχής στη ζωή του πάσχοντα και της οικογένειάς του.

Η **κατάθλιψη** αποτελεί την συνηθέστερη ψυχική νόσο και μελλοντικά –υπολογίζεται- να αποτελέσει τη 2<sup>η</sup> μεγαλύτερη μάστιγα για τον άνθρωπο. Η σχιζοφρένεια αν και έχει παρατηρηθεί από την αρχαιότητα, στην ουσία δε γνωρίζουμε πολλά ακόμα για τη φύση και την αποτελεσματική θεραπεία της. Τι γίνεται όμως όταν αυτές οι δύο αποτελούν τα δυο πρόσωπα μιας νόσου; Το ζήτημα αυτό θίγει και η παρούσα εργασία. Δυστυχώς αν και καταθλιπτική συμπτωματολογία είναι γνωστή σε σχιζοφρενείς ασθενείς από αρκετά παλιά, ακόμα στις μέρες μας οι έρευνες δεν έχουν οδηγήσει σε ασφαλή συμπεράσματα και αποτελεσματικές θεραπείες.

Αρκετά ερωτήματα παραμένουν για να εξεταστούν σε περαιτέρω έρευνες για αυτή τη νέα συνδυαστική ψυχική νόσο, μιας και προσφάτως άρχισε να μελετάται ενιαία και το επίπεδο των συμπερασμάτων που προκύπτουν είναι εξαιρετικά επισφαλείς. Σίγουρα θα ήταν τα πράγματα καλύτερα, αν το 1 / 4 του ανθρωπίνου εγκεφάλου δεν παρέμενε ανεξερεύνητο!!!

Συνοψίζοντας και συμπερασματικά το μόνο σίγουρο κ επιβεβλημένο είναι πως θα..

### **ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΙΝΟΥΝ ΠΟΛΛΑ ΜΕ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΚΑΙ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΟΛΩΝ!**

Μελλοντικά φάρμακα και γενετικές θεραπείες διατηρούν την ελπίδα πλήρους θεραπείας ή τουλάχιστον ελέγχου των νόσων αυτών, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα και με λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες. Αναμένονται τεράστια θεραπευτική επανάσταση, καθώς η έρευνα προχωρά στην καταγραφή του DNA και στην ανακάλυψη των γονιδίων που είναι υπεύθυνα για τη δημιουργία των ψυχικών ασθενειών. Επίσης, η έρευνα με τα αρχέγονα κύτταρα δίνει νέες ελπίδες για τη διάγνωση και τη θεραπεία. Η δημόσια πολιτική, οι νόμοι και τα υποστηρικτικά συστήματα της κοινωνίας αλλάζουν αργά, αλλά θετικά.

Τα σημάδια της κατάθλιψης κ της σχιζοφρένειας **ΔΕΝ** πρέπει να αμελούνται.

Η **ΕΓΚΑΙΡΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ** καθώς και η **ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ** για τις νόσους, κρίνεται κάτι παραπάνω από **ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΗ** ξεκινώντας από **ΣΗΜΕΡΑ!!!**

## ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

- > [Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης](#)
- > [Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας- ΕΠΑΨΥ](#)
- > [Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής-ΕΠΨΥ](#)
- > [Εταιρεία Ψυχοκοινωνικής Υγείας του Παιδιού και του Εφήβου - ΕΨΥΠΕ](#)
- > ['ΓΡΙΣ' Εταιρεία Προαγωγής Ψυχοκοινωνικής Υγείας Παιδιών και Ενηλίκων](#)
- > [Εταιρεία Έρευνας Εκπαίδευσης και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης-"Ψ-σύνθεση",  
Θεσσαλονίκη](#)
- > [Σύλλογος Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία Πάτρας](#)
- > [Εταιρεία Ψυχικής Υγείας και Κοινωνικής Αποκατάστασης Ασθενών \( Ε.Ψ.Υ.Κ.Α.\)](#)
- > [Ελληνικό Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής και Ερευνών](#)
- > [Θεσσαλική Εταιρεία Ψυχικής Υγείας Περιθαλψης και Αποκατάστασης](#)
- > [Αστική μη Κερδοσκοπική Εταιρεία " Κλίμακα"](#)
- > [Κέντρο Μέριμνας Οικογένειας και Παιδιού](#)
- > [Ψυχογηριατρική Εταιρεία " Ο Νέστωρ'](#)
- > [Σύλλογος Οικογενειών και Φίλων για την Ψυχική Υγεία. \(Σ.Ο.Φ.Ψ.Υ.\) Ν. Σερρών](#)
- > [Πανελλήνιας Ομοσπονδίας Συλλόγων Οικογενειών για την Ψυχική Υγεία](#)

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Addington D, Addington J, Patten S.** Depression in people with first-episode schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1998, 172:90–92
- Addington D, Addington J, Schissel BA.** A depression rating scale for schizophrenics. *Schiz Res* 1990, 3:247–251
- American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed) (1980) (DSM-III) Washington DC:APA.
- American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed revised) (1980) (DSM-III-R) Washington DC:APA.
- American Psychiatric Association.** Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th edition) (DSM-IV) (1994) Washington DC: APA.
- Becker RE.** (1988) Depression in schizophrenia. *Hosp Comm Psychiatry* T.39:1269–1275
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al.** An Inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, 4:561–571
- Duane P. Schultz, Ellen Scultz.** (2007) *theories of personality*, Σελ 453-460
- Endicott J, Spitzer RL.** A diagnostic interview: The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978, 35:837–844
- Emsley RA, Osthuizen PP, Joubert AF, Roberts MC, Stein DJ.** Depressive and anxiety symptoms in patients with schizophrenia and schizophreniform disorder. *J Clin Psychiatry* 1999, 60:747–751
- Hamilton M.** A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960, 23:56–62
- Johnson DAW.** (1981) Depression in schizophrenia: Some observations on Prevalence Etiology and Treatment. *Acta Psychiatr Scand*, 63:137–144
- Lancon C, Auquier P, Reine G, Toumi M, Addington D.** Evaluation of depression in schizophrenia: Psychometric properties of a French version of the Calgary Depression Scale. *Psychiatry Res* 1999, 89:123–132
- Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Appendix A.** Manual for the expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). *Schiz Bull* 1986, 12:594–602
- McGlashan TH, Carpenter WT.** (1976) An investigation of the postpsychotic depressive syndrome. *Am J Psychiatry*, 133:14–19

- Montgomery SA, Asberg M.** A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979, 134:382–388
- Overall JE, Gorham DR.** The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychol Rep* 1962, 10:799–812
- Robinson L.- Saunders B.** (2005) *Psychiatric Nursing as a human experience*, (3rd edition), Company, p. 37-69.
- Sands JR, Harrow M.** Depression during the longitudinal course of schizophrenia. *Schiz Bull* 1999, 25:157–171
- Santrock W.** *Child development* Tenth edition, (2004) Σελ 356-358.
- Siris SG, Adan F, Cohen M, Mandeli J, Aronson A, Casey E.** (1988) Postpsychotic depression and negative symptoms: An investigation of syndromal overlap. *Am J Psychiatry*, 145:1532–1537
- Siris SG.** (1991) Diagnosis of secondary depression in schizophrenia: Implications for DSM-IV. *Schiz Bull* , 17:75–98
- Spitzer RL, Endicott J, Robins E.** Research Diagnostic Criteria: Rationale and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1978, 35:773–782
- Subotnik KL, Nuechterlein KH, Asarnow RF, Fogelson DL, Goldstein MJ, Talovic SA.** Depressive Symptoms in the Early Course of Schizophrenia: Relationship to Familial Psychiatric Illness. *Am J Psychiatry* 1997, 154:1551–1556
- Williams JBW.** A structured interview guide for the Hamilton depression rating scale. *Arch Gen Psychiatr* **Wing JK, Cooper JE, Santorius N.** *The measurement and classification of psychiatric symptoms*. Cambridge University Press, London, 1974 y 1988, 45:742–747
- World Health Organization.** The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders. Geneva: WHO, 1993

## ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Γιαννοπούλου Α.** (1980) (βελτιωμένη έκδοση ), *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*. Αθήνα, σελ. 87-103.
- Δρ. Παπαζήσης Γ.** (2005) *Ψυχιατρική*. Θεσ/νικη Σελ 20-45.
- Γεροδιακόνου Χ.** (1990) *Ψυχαναλυτική – Ψυχοθεραπεία – Κείμενα και περιπτώσεις*. Θεσσαλονίκη: Μαστορίδη σελ. 87-96.
- Μάνου Ν.** *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*, (1999) University Studio Press, Θεσσαλονίκη, σελ.105-122.
- Παπαδοπούλου Ε.** *Σχιζοφρένεια-Νοσηλευτική παρέμβαση*. Πτυχιακή Εργασία, Τει Θεσσαλονίκης, 2008)
- Πλατή Χρ.** (2006). *Γεροντολογική Νοσηλευτική*. Αθήνα: Ιδία . Σελ 349-372.
- Ραγιά Α.** (2005). *Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Ψυχιατρική νοσηλευτική* Αθήνα.Ιδία. Σελ 282-296, 299-306, 306-317.
- Σταμούλη Σ.** (2000) *Η κατάθλιψη στη σχιζοφρένεια: Συσχετίσεις με ψυχοπαθολογικές και φαρμακολογικές παραμέτρους*. Διδακτορική Διατριβή. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Ψυχιατρικής και Νευρολογίας, Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Χατζηπαυλίδου Ο, Στάμου Μ.** (2007) *Διπολικές διαταραχές. Αντιμετώπιση-Νοσηλευτικές παρεμβάσεις*. Πτυχιακή Εργασία, Τει Θεσσαλονίκης. σελ.26-52

## ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

[Medline](#) 15/1/2013

[CrossRef](#) 20/1/2013

[www.medlook.net.cy](http://www.medlook.net.cy) 15/1/2013

[Abstract / FREE Full Text](#) 20/1/2013

[www.e-phycology.gr](http://www.e-phycology.gr) 10/12/2012

[www.sobp.org](http://www.sobp.org) 25/1/2013

[psi-gr.tripod.com](http://psi-gr.tripod.com) 25/1/2013

[www.katathlipsi.gr](http://www.katathlipsi.gr) 10/12/2013

[www.stress.gr](http://www.stress.gr) 10/12/2013

[www.psychologia.gr](http://www.psychologia.gr) 20/12/2013

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

	Σελίδα
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	1
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	2
<b>ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b> .....	4
Α. ΓΕΝΙΚΑ.....	4
Β. ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΟΥ DSM-IV.....	6
Γ. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	7
Δ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	8
Ε. ΘΛΙΨΗ Η΄ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	11
ΣΤ. ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ- ΜΟΡΦΕΣ.....	11
Ζ. ΣΤΟΙΧΕΙΑ-ΟΜΑΔΕΣ.....	19
- ΓΥΝΑΙΚΕΣ.....	20
- ΑΝΔΡΕΣ.....	24
- ΠΑΙΔΙΑ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΙ.....	28
-ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ Η΄ ΤΡΙΤΗ ΗΛΙΚΙΑ.....	31
Η. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΑΛΗΘΕΙΕΣ.....	35
<b>ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ</b> .....	38
Α. ΓΕΝΙΚΑ.....	38
Β. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ.....	39
Γ. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	42
Δ. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	44
Ε. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....	48
ΣΤ. ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ.....	51
Ζ. ΤΥΠΟΙ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	51
Η. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ-ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	54
Θ. ΜΥΘΟΙ ΚΑΙ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ.....	55
<b>ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ-ΘΕΡΑΠΕΙΑ</b> .....	59
ΓΕΝΙΚΑ.....	59
<b>1. ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ</b> .....	60
Α. ΓΕΝΙΚΑ.....	60
Β. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	62

Γ. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	67
Δ. ΑΛΛΕΣ ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	71
Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	72
<b>2. ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....</b>	<b>80</b>
Α. ΓΕΝΙΚΑ.....	80
Β. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ.....	81
Γ. ΑΛΛΕΣ ΜΟΡΦΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ.....	85
Δ. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	85
Ε. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ.....	87
<b>Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....</b>	<b>90</b>
Α. ΓΕΝΙΚΑ.....	90
Β. ΙΣΤΟΡΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	91
Γ. ΟΡΙΣΜΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ- ΚΛΙΜΑΚΕΣ.....	92
Δ. ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	94
Ε. ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΗ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑ.....	97
Α. Σχιζοσυναισθηματική διαταραχή.....	97
Β. Οργανικοί παράγοντες.....	99
Γ. Διαφοροποίηση της κατάθλιψης από τα αρνητικά συμπτώματα της σχιζοφρένειας.....	101
ΣΤ. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	102
Ζ. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΚΥΡΙΟ ΣΥΜΠΤΩΜΑ ΤΗΣ ΣΧΙΖΟΦΡΕΝΕΙΑΣ.....	104
Η. ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	110
<b>ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>112</b>
ΧΡΗΣΙΜΕΣ ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ.....	114
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>115</b>
<b>ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....</b>	<b>118</b>