

ΑΤΕΙ ΠΑΤΡΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

*« Ο ρόλος του νοσηλευτή στην αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών
ατόμων στην τρίτη ηλικία »*

Φοιτητής: ΕΛΕΝΗ – ΙΟΡΔΑΝΕΤΑ ΦΙΝΕ
Καθηγητής: ΣΤΕΦΑΝΟΠΟΥΛΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

ΠΑΤΡΑ, 2014

«Από μέρα σε μέρα γινόμαστε όλο και πιο ώριμοι, αλλά από μέρα σε μέρα όλο και περισσότερο ξεφτίζουμε»

W. Shakespeare

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ.....	6
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	6
1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....	6
1.3 ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	8
1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	12
1.5 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	14
1.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	19
2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	19
2.2 ΕΠΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΠΤΩΣΗ.....	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	27
3.1 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	31
4.1 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	31
4.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	34
4.3 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ	37
5.1 ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	37
5.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	42
6.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	42
6.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	43
6.2.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	44
6.2.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ.....	45
6.2.3 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ.....	53
6.2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ.....	54
6.2.5 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	55

6.2.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	58
6.2.7 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ.....	58
6.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	61
7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.....	61
7.1.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	62
7.1.2. ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	65
7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	66
7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	69
7.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ	70
7.4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1.....	70
7.4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2.....	74
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	78
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	79
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	79
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	81

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι ψυχικές διαταραχές μπορούν να εμφανιστούν σε όλους. Στην παρούσα εργασία μελετάμε την εμφάνισή τους σε άτομα τις τρίτης ηλικίας και το ρόλο του νοσηλευτή στην παροχή αποτελεσματικής φροντίδας και θεραπείας των ασθενών. Η ψυχική διαταραχή που μαστίζει τους ηλικιωμένους είναι η κατάθλιψη. Γίνεται, λοιπόν, εκτενέστερη αναφορά στην κατάθλιψη και στο ρόλο του νοσηλευτή κατά τη θεραπεία ή φροντίδα των ηλικιωμένων που πάσχουν από αυτή. Κατάθλιψη μπορούν να πάθουν όλοι οι ηλικιωμένοι είτε είναι σπίτι τους, είτε σε κάποιο γηροκομείο ή νοσοκομείο. Στην συνέχεια παρουσιάζονται τα συμπτώματα, οι παράγοντες, η πρόληψη και η αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

Στη σημερινή εποχή, η νοσηλευτική παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της καταθλιπτικής διαταραχής στους ηλικιωμένους. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχουν πιο εξειδικευμένο ρόλο, ώστε να εντοπίζουν έγκαιρα και να αντιμετωπίζουν κατάλληλα, τυχών προβληματικές συμπεριφορές. Η πρόγνωση της κατάθλιψης εξαρτάται από την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι νοσηλευτές έχουν πολυδιάστατο ρόλο, καθώς από αυτούς εξαρτάται η αρχική εκτίμηση της κατάστασης του ηλικιωμένου ασθενή, η φροντίδα, η θεραπεία, η επαναξιολόγηση και η βελτίωση ή υποτροπή της κατάστασης.

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους αποτελεί σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, καθώς είναι η πιο κοινή ψυχική διαταραχή των ηλικιωμένων, έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής τους και προκαλεί υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών υγείας. Πολλές φορές συχνά διαφεύγει την έγκαιρη διάγνωση από τους ειδικούς και δεν αντιμετωπίζεται επαρκώς (Στυλιανοπούλου, 2010). Η ψυχική αυτή διαταραχή, είναι πιθανόν να εμφανιστεί ανεξάρτητα ή να συνυπάρχει με κάποια άλλα χρόνια νοσήματα, επηρεάζοντας πάντα την ποιότητα ζωής του ηλικιωμένου που νοσεί. Σημαντικό στοιχείο είναι η κατάλληλη φροντίδα και σημαντικός ο ρόλος του νοσηλευτή.

Στη συνέχεια της εργασίας γίνεται μια προσπάθεια προσέγγισης της κατάθλιψης και του ρόλου του νοσηλευτή, με όσο το δυνατόν καλύτερο τρόπο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα γηρατεία είναι ένα φυσικό φαινόμενο που παρατηρείται σε όλα τα έμβια όντα. Πιο συγκεκριμένα, αποτελεί μια πολυπαραγοντική διαδικασία έκπτωσης της λειτουργικότητας των κυττάρων και σχετίζεται με αλλαγές στη σύνθεση του σώματος, τη φυσική δραστηριότητα και γενικότερα τη λειτουργία των οργάνων του ατόμου (Μαγκλάρα - Κατσιλάμπρου, 2000). Το γήρας σχετίζεται άμεσα με την χρονολογική ηλικία, όπου ένα άτομο μετά την ηλικία 60 έως 65 εισχωρεί στην ομάδα των ηλικιωμένων ατόμων.

Με την πάροδο του χρόνου, ο οργανισμός το ανθρώπου φθίνει. Παρατηρείται απώλεια των ελαστικών ιστών που προκαλεί ρυτίδες στο δέρμα. Το τριχωτό της κεφαλής αραιώνει και ασπρίζει, ο ρυθμός ανάπτυξης των νυχιών επιβραδύνεται. Αλλαγές συμβαίνουν σε όλα τα συστήματα του οργανισμού, όπως αναπνευστικό, καρδιαγγειακό, ουροποιητικό, γαστρεντερικό, μυοσκελετικό, ενδοκρινικό. Παράλληλα δημιουργούνται και αρκετά προβλήματα υγείας, όπως υπέρταση, οστεοπόρωση, ακράτεια, κινητικά προβλήματα, προβλήματα όρασης και ακοής, νόσος Πάρκινσον, κ.α.

Επιπρόσθετα, δημιουργούνται και αρκετές ψυχικές διαταραχές στους ηλικιωμένους. Οι ψυχικές διαταραχές οφείλονται στην αλλαγή συναισθημάτων που βιώνουν τα άτομα της τρίτης ηλικίας. Για παράδειγμα, νιώθουν έντονη θλίψη από την απώλεια αγαπημένων τους προσώπων. Μπορεί να νιώθουν έντονη θλίψη λόγω συνταξιοδότησης. Η πιο συχνή ψυχική διαταραχή σε αυτή την ηλικία, είναι η κατάθλιψη και αυτή θα αναλύσουμε στην παρούσα εργασία.

1.2 ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί διαταραχή του συναισθήματος με ανησυχητικά αυξανόμενη επίπτωση στο δυτικό κόσμο και μεγάλη ποικιλία συμπτωμάτων, με εκδηλώσεις τόσο από το κεντρικό νευρικό σύστημα όσο και από την

περιφέρεια. Παρατηρήσεις από τη χρήση φαρμακευτικών ουσιών οδήγησαν στην ανάπτυξη της θεωρίας των μονοαμινών ή βιογενών αμινών για την βιολογική ερμηνεία της κατάθλιψης, που καθορίζει ως κύριο αιτιολογικό παράγοντα την ασθενή νευροδιαβίβαση της ντοπαμίνης, της νορεπινεφρίνης και της σεροτονίνης. Έτσι, όλες οι επικρατούσες φαρμακευτικές θεραπείες της κατάθλιψης με εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης μονοαμινών, τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναστολείς μονοαμινοξειδάσης, στοχεύουν στην ενίσχυση της μονοαμινεργικής νευροδιαβίβασης, ενώ εμφανίζουν σημαντικά μειονεκτήματα στη χρήση τους, όπως καθυστέρηση στη βελτίωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, σημαντικές ανεπιθύμητες ενέργειες και μεγάλα ποσοστά μη αποκρινόμενων ασθενών.

Τα συναισθήματα, όπως συμβαίνει και με την αντίληψη και τη δράση, ελέγχονται από ειδικά νευρωνικά κυκλώματα του εγκεφάλου. Εφόσον αποτελούν συνειδητές εμπειρίες, σίγουρα υπάρχει ένα γνωσιακό στοιχείο που πιθανότατα συνδέεται με το φλοιό των εγκεφαλικών ημισφαιρίων. Έτσι, προετοιμάζουν το σώμα για δράση, ενώ κάνουν γνωστές τις συναισθηματικές μας δραστηριότητες στο περιβάλλον. Τα περιφερικά αυτά στοιχεία της συμπεριφοράς παραπέμπουν στη δραστηριοποίηση υποφλοιικών περιοχών του εγκεφάλου και είναι πλέον καλά τεκμηριωμένος ο κεντρικός ρόλος της αμυγδαλής, του υποθαλάμου και του εγκεφαλικού στελέχους. Γίνεται έτσι εμφανές ότι η διεκπεραίωση του συναισθήματος είναι απόρροια αλληλεπίδρασης περιφερικών και κεντρικών παραγόντων, που ενορχηστρώνονται από εκτεταμένα δίκτυα εγκεφαλικών κέντρων (Χατζάκη, 2007).

Μια από τις πιο σημαντικές ψυχικές διαταραχές των ηλικιωμένων είναι αυτή της κατάθλιψης. Ο όρος ψυχική διαταραχή περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων που έχουν σχέση με την ψυχική κατάσταση και την συμπεριφορά ενός ατόμου. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων βιολογικών, σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών. Ανάλογα διακρίνονται σε πολλές διαγνωστικές κατηγορίες.

Οι ηλικιωμένοι στη χώρα μας, έγραψαν τη δικιά τους ιστορία, με τη δύναμη και το ένστικτό τους, αποδεικνύοντας ότι η γεροντική κατάθλιψη, δεν

είναι φυσικό επακόλουθο των γηρατειών. Η πλειοψηφία των ηλικιωμένων όμως, βιώνει τα γηρατιά με απόγνωση. Αυτό οδηγεί την κατάθλιψη στην κορυφή των ψυχικών διαταραχών στους ηλικιωμένους (Παγουροπούλου, 2000).

Ο καθένας που παθαίνει κατάθλιψη έχει τη δική του ατομική ιστορία. Παρόλα αυτά, όλες αυτές οι ιστορίες έχουν μια κοινή πλοκή. Για να κατανοήσουμε την ιστορία της κατάθλιψης, χρειάζεται να καταλάβουμε πως λειτουργούν τα ανθρώπινα πλάσματα σε κάθε στιγμή της τους. “Κανένας άνθρωπος δεν έχει ακριβώς τις ίδιες εμπειρίες με ένα άλλον, γι’ αυτό ποτέ δεν βλέπουμε τα πράγματα με τον ίδιο ακριβώς τρόπο” (Butler, 2000).

Ο ορισμός της κατάθλιψης δεν πρέπει να παραλείπει τα λειτουργικά κριτήρια, τα οποία τονίζει η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (2000) στο οδηγό της, γνωστό ως DSM-IV. Κριτήρια είναι το έντονο συναίσθημα θλίψης, η έλλειψη αντιδραστικότητας του συναισθήματος, η έκπτωση φυσικής ή ψυχοφυσιολογικής ή ψυχολογικής λειτουργίας και τέλος η διάρκεια – ένταση των συμπτωμάτων.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω κριτήρια, κατάθλιψη ορίζεται εκείνη η κατάσταση του ασθενή, στην οποία το αίσθημα θλίψης, απογοήτευσης και ανημποριάς είναι πιο έντονο από αυτό της μελαγχολίας. Παράλληλα η κατάστασή του, δεν επηρεάζεται θετικά από ένα ευχάριστο γεγονός, κάτι που υποβαθμίζει τη λειτουργικότητά του και μπορεί να έχει μεγάλη διάρκεια (Παγουροπούλου, 2000).

1.3 ΜΟΡΦΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη πλήττει τους ηλικιωμένους ως προς το συναίσθημα, τη νόηση, το περιεχόμενο σκέψης, κοινωνική λειτουργικότητα και ως προς τους βιολογικούς τους ρυθμούς. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι πρωτογενής ή δευτερογενής, αποτέλεσμα μιας άλλης ψυχική ή μη διαταραχής (Παγουροπούλου, 2000). Η κατάθλιψη διακρίνεται σε:

- Μείζον κατάθλιψη
- Έλασσον κατάθλιψη
- Δυσθυμία

- Διαταραχή προσαρμογής με καταθλιπτική διάθεση
- Μικτή αγχώδης και καταθλιπτική διαταραχή
- Οργανική διαταραχή διάθεσης
- Διπολική διαταραχή
- Αγγειακή κατάθλιψη

Η Μείζων Κατάθλιψη είναι κλασική σοβαρή διαταραχή που διαβρώνει σημαντικά τον ψυχισμό και τη λειτουργικότητα του ατόμου και που βασίζεται σε συγκεκριμένα κριτήρια. Πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον τέσσερα και αναφέρονται συνοπτικά παρακάτω, με διάρκεια τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Συχνά ονομάζεται και μονοπολική. Τα συμπτώματα είναι:

1. Καταθλιπτική διάθεση
2. Απώλεια του ενδιαφέροντος ή μείωση της ευχαρίστησης από δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν στο παρελθόν
3. Σημαντική αλλαγή όρεξης ή και βάρους (συνήθως μείωση λιγότερο συχνά αύξηση)
4. Αϋπνία ή λιγότερο συχνά υπερυπνία
5. Ψυχοκινητική ανησυχία ή ψυχοκινητική επιβράδυνση
6. Εύκολη κόπωση ή απώλεια της ενεργητικότητας
7. Ιδέες αναξιότητας, υπέρμετρης ή απρόσφορης ενοχής
8. Μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης, βραδύτητα στη σκέψη και δυσχέρεια στη λήψη των αποφάσεων
9. Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου ή ιδέες αυτοκαταστροφής

Η κατάταξη της μείζονος κατάθλιψης ανάλογα με τη χρονική παράμετρο είναι: (α) μοναδικό επεισόδιο, όταν υπάρχει μόνο ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο στη ζωή του ασθενούς,

(β) υποτροπιάζουσα, δηλαδή δύο ή περισσότερα μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια στη ζωή του ασθενούς.

§ (γ) χρόνια, δηλαδή η διάρκεια της κατάθλιψης χωρίς να έχει επέλθει ύφεση στα συμπτώματα είναι τουλάχιστον δυο χρόνια ή και περισσότερο.

§ (δ) Εποχιακή κατάθλιψη, δηλαδή υποτροπιάζουσα μείζονα κατάθλιψη, με τα επεισόδια να σχετίζονται με τις αλλαγές των εποχών με συχνότερη την εμφάνιση το φθινόπωρο και την αρχή του χειμώνα.

§ (ε) επιλόχεια, δηλαδή κατάθλιψη που επέρχεται μετά τον τοκετό και μπορεί να έχει είτε ήπια είτε σοβαρή εικόνα. Γι' αυτό οποιαδήποτε ένδειξη αλλαγής της συμπεριφοράς της μητέρας στους πρώτους μήνες μετά τον τοκετό χρήζει άμεσης εκτίμησης από ψυχίατρο.

§ (στ) διπλή κατάθλιψη, δηλαδή αυτή που εμφανίζεται σε ασθενή που ήδη έπασχε από δυσθυμία, δηλαδή μια μορφή ηπιότερης, αλλά μεγαλύτερης διάρκειας κατάθλιψης.

Η κατάταξη ανάλογα με την ένταση και την ποιότητα των συμπτωμάτων είναι:

§ (α) μελαγχολική κατάθλιψη, πρόκειται για τη βαρύτερη μορφή κατάθλιψης με έντονα συμπτώματα, τόσο ποιοτικά όσο και ποσοτικά.

§ (β) ψυχωτική κατάθλιψη, σοβαρή μορφή στην κλινική εικόνα της οποίας συνυπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως για παράδειγμα ακουστικές ψευδαισθήσεις ή παραλήρημα, δηλαδή ένα σύνολο σκέψεων και πεποιθήσεων που δε συμβαδίζουν με τις επικρατούσες κοινωνικές και πολιτισμικές αντιλήψεις.

§ (γ) άτυπη κατάθλιψη, αυτή που εμφανίζει άτυπα χαρακτηριστικά όπως η υπερφαγία, η υπερυπνία, η υπερευαισθησία στην κριτική και η υποχώρηση του καταθλιπτικού συναισθήματος όταν συμβαίνουν ευχάριστα γεγονότα στη ζωή του ασθενούς.

§ (δ) κατατονική κατάθλιψη μια επίσης βαριά μορφή, όπου ο ασθενής δεν αντιδρά σε εξωτερικά ερεθίσματα.

Κάποιες άλλες καταθλιπτικές διαταραχές είναι:

(α) δυσθυμία, όπου παρουσιάζονται καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής ως μέτριας έντασης αλλά μεγάλης διάρκειας, χωρίς ύφεση για τουλάχιστον δυο χρόνια.

(β) ελάσσων κατάθλιψη, όπου εμφανίζονται καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής έντασης και μικρής διάρκειας για τουλάχιστον δύο εβδομάδες.

(γ) βραχεία διαλείπουσα κατάθλιψη με καταθλιπτικά συμπτώματα όπως της μείζονος κατάθλιψης αλλά με μικρή διάρκεια δύο εβδομάδων το μέγιστο.

(δ) προεμμηνορρυσιακή δυσφορική διαταραχή, με καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής έντασης σε γυναίκες με έναρξη λίγες μέρες πριν την έμμηνο ρύση έως λίγες μέρες μετά.

(ε) διαταραχή προσαρμογής με κατάθλιψη με καταθλιπτικά συμπτώματα ποικίλης έντασης και διάρκειας όχι πάνω από 2 μήνες που οφείλονται σε εξωγενή ψυχοπιεστικό παράγοντα.

(στ) καταθλιπτική ψευδοάνοια, Σύνδρομο με ηλικία εμφάνισης άνω των 50 ετών που μεταξύ των καταθλιπτικών συμπτωμάτων υπερτερεί η διαταραχή των γνωστικών λειτουργιών όπως η μνήμη, η προσοχή, η συγκέντρωση και προσομοιάζει με άνοιας.

(ζ) Αγχώδης κατάθλιψη με έντονη παρουσία του άγχους μεταξύ των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

Επίσης υπάρχει και δευτεροπαθής κατάθλιψη. Δευτεροπαθής ονομάζεται η κατάθλιψη στις εξής περιπτώσεις:

1. Διάφορες σωματικές νόσοι προκαλούν τις νευροδιαβιβαστικές διαταραχές της κατάθλιψης στον εγκέφαλο π.χ. νεοπλάσματα, σκλήρυνση κατά πλάκας, επιληψία, θυρεοειδοπάθειες, έμφραγμα μυοκαρδίου και πληθώρα άλλων.
2. Η χρήση διάφορων φαρμάκων προκαλεί τις νευροδιαβιβαστικές διαταραχές της κατάθλιψης στον εγκέφαλο π.χ. κορτιζόνη, κάποια καρδιολογικά, νευρολογικά, χημειοθεραπευτικά και πολλά άλλα φάρμακα.
3. Η χρήση αλκοόλ ή απαγορευμένων ψυχοτρόπων ουσιών προκαλεί τις νευροδιαβιβαστικές διαταραχές της κατάθλιψης στον εγκέφαλο.

Τέλος καταθλιπτικά συμπτώματα αποτελούν συχνά μέρος άλλων ψυχιατρικών διαταραχών (αναφέρονται ενδεικτικά οι σπουδαιότερες):

Η Διπολική Διαταραχή I & II, περιλαμβάνει μανιακά επεισόδια και κατά το πλείστον εναλλαγή τους με μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια (διπολική κατάθλιψη). Ο όρος διπολική αναφέρεται στους δύο αντίθετους συναισθηματικούς πόλους ή καταστάσεις που μπορεί να εμφανιστούν στην πορεία της διαταραχής. Η μία είναι η καταθλιπτική φάση, ενώ η άλλη είναι μια κατάσταση παθολογικά ανεβασμένης διάθεσης, ευφορίας. Αναλόγως με το μέγεθος της τελευταίας (καθώς και κάποιων άλλων κριτηρίων) αναφερόμαστε σε μανία/μανιακό επεισόδιο (Διπολική I) ή υπομανία (Διπολική II). Η υπομανία εξ' ορισμού είναι μικρότερης έντασης και διάρκειας. Ο χαρακτηρισμός της μείζονος κατάθλιψης ως μονοπολική υποδηλώνει την ύπαρξη μόνο του ενός συναισθηματικού πόλου.

Η Σχιζοφρένεια έχει καταθλιπτικά συμπτώματα που εμφανίζονται σε περιόδους ύφεσης των συμπτωμάτων της σχιζοφρένειας (μεταψυχωτική κατάθλιψη).

Η Κυκλοθυμική Διαταραχή έχει καταθλιπτικά συμπτώματα μικρής ως μέτριας έντασης σε εναλλαγή με υπομανιακά επεισόδια για τουλάχιστον 2 χρόνια (Ευσταθίου, 2011).

1.4 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

Αν και η κλινική κατάθλιψη εκδηλώνεται συνήθως κατά την τρίτη ή τέταρτη δεκαετία της ζωής, η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε ηλικία, συμπεριλαμβανομένης της πρώτης παιδικής. Η εικόνα ποικίλει από άτομο σε άτομο και αναλόγως της ηλικίας, όμως τα πυρηνικά χαρακτηριστικά της κατάθλιψης υπάρχουν σε κάθε επεισόδιο. Παρακάτω αναφερόμαστε στα κύρια συμπτώματα της κατάθλιψης.

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

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

[3] Δυσκολία στον ύπνο. Η διαταραχή αυτή του ύπνου μπορεί να έχει πολλές μορφές. Π.χ., μερικοί ασθενείς δεν μπορούν να κοιμηθούν καθόλου, άλλοι κάνουν πολύ ακανόνιστο ύπνο, ξυπνούν δηλαδή πολλές φορές κατά την διάρκεια της νύχτας. Χαρακτηριστικό όμως της κατάθλιψης είναι ότι οι

ασθενείς ξυπνούν από πολύ πρωί, π.χ. από τις 4 η ώρα και δεν ξανακοιμούνται. Αυτή η πρόωγη αφύπνιση όπως λέγεται εμφανίζεται πιο συχνά στην κατάθλιψη.

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

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

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

[7] Αδυναμία συγκέντρωσης, σκέψης, μνήμης ή λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής με κατάθλιψη δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα. Το μυαλό του φαίνεται να είναι απασχολημένο με άλλες ιδέες και σκέψεις.

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

[9] Ανησυχία και απαισιοδοξία για το μέλλον. Ο ασθενής με κατάθλιψη χρωματίζει το μέλλον του με μαύρα χρώματα. Πιστεύει ότι πολύ δύσκολα θα αλλάξει η κατάσταση της ζωής του.

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

[11] Γενικά σωματικά συμπτώματα. Πολλοί ασθενείς με κατάθλιψη αναφέρουν μια ποικιλία από σωματικά συμπτώματα όπως πονοκεφάλους, πόνους γενικά στο σώμα τους, προβλήματα από το γαστρεντερικό κ.λ.π. Πολλές φορές τα συμπτώματα αυτά τους οδηγούν σε διάφορους γιατρούς ή στα νοσοκομεία. Χαρακτηριστικό είναι ότι ύστερα από την εξέταση τα συμπτώματα δεν μπορούν να εξηγηθούν και αποδίδονται από τον γιατρό σε άγχος ή κόπωση. Δεν είναι ανάγκη να έχει κανείς όλα τα συμπτώματα για να θεωρηθεί ότι πάσχει από κατάθλιψη (Marschall, 2009).

Σύμφωνα με την Ελληνική Γεροντολογική και Γηριατρική Εταιρεία, όταν ο ηλικιωμένος παρουσιάζει πάνω από τέσσερα τέτοια συμπτώματα, για περισσότερο από δύο εβδομάδες, χρήζει ιδιαίτερης προσοχής και ανάγκη για περεταίρω εξετάσεις.

1.5 ΕΜΦΑΝΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ζούμε σε μια εποχή, όπου κυριαρχούν οι γρήγοροι και έντονοι ρυθμοί ζωής, το ακατάπαυστο κινήσι των υλικών αγαθών αλλά και οι απότομες αλλαγές. Οι παραδοσιακές αξίες, που αποτελούσαν συνεκτικό δεσμό έχουν αρχίζει να ξεθωριάζουν. Ο άνθρωπος μέσα σε αυτό το χαώδη κόσμο προσπαθεί πέρα από την εξασφάλιση των υλικών αγαθών, να διατηρήσει μια καλή σχέση όχι μόνο με τον ίδιο του τον εαυτό, αλλά και με το περιβάλλον γύρω του. Δεν υπάρχει πλέον χρόνος στο σύγχρονο άτομο για επικοινωνία με τον εαυτό, για επαφή με τις επιθυμίες και τα συναισθήματα του, είτε θετικά, είτε αρνητικά. Άραγε ο άνθρωπος που δε γνωρίζει τον εαυτό του, πώς θα μπορέσει να δημιουργήσει υγιείς και τροφοδοτικές σχέσεις με τους γύρω του; Πώς θα πάρει ικανοποίηση από την επαφή με το περιβάλλον του.

Σαν να μην έφτανε αυτό, η εποχή που διανύουμε και η οικονομική κρίση επιτείνουν τα όποια συναισθήματα άγχους και ανασφάλειας και μας οδηγούν ακόμη πιο κοντά στη μελαγχολία. Η ανάγκη για ανθρώπινη επαφή γίνεται τώρα πιο επιτακτική από ποτέ, όπως επίσης και η ανάγκη να αισθανθούμε ότι η ζωή μας μπαίνει σε μια τάξη και ισορροπία. Η κατάθλιψη αποτελεί μια

όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή, που παρουσιάζει ένα ευρύ φάσμα κλινικών τύπων και κατηγοριών.

Αν πάσχετε από κατάθλιψη, πρέπει να γνωρίζετε ότι δεν είστε μόνοι. Η κατάθλιψη είναι η ψυχική διαταραχή που εμφανίζεται συχνότερα. Ένα στα δέκα άτομα θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του.

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, εκτιμάται να επηρεάζει περίπου 121 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, είναι μία νόσος συχνή, υποτροπιάζουσα και δυνητικά αυτοκαταστροφική, που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως χρόνια πάθηση. Η κατάθλιψη, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση και υπολογίζεται ότι μέχρι το 2020 θα αναρριχηθεί στην δεύτερη θέση της κατάταξης. Μελέτες δείχνουν ότι το 15 - 20% των ηλικιωμένων παρουσιάζει συμπτώματα κατάθλιψης, σημαντικό ποσοστό. Η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνότερα στους άγαμους, στους διαζευγμένους και στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Υπολογίζεται πως το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως και 550 χιλιάδες στην Ελλάδα.

Παρόλα αυτά η κατάθλιψη των ηλικιωμένων θεωρείται παραμελημένη νόσος. Ανήκει στις διαταραχές του συναισθήματος και εκδηλώνεται με ελαφρά, ήπια ή σοβαρά κλινικά συμπτώματα. Η κατάθλιψη πλήττει μεγάλο ποσοστό ηλικιωμένων ατόμων, αλλά δεν αναγνωρίζεται ως ευδιάκριτη διαταραχή και συνεπώς δεν θεραπεύεται. Κατάθλιψη μπορούν να εμφανίσουν όλοι οι ηλικιωμένοι, ανεξάρτητα αν νοσηλεύονται σε κάποιο νοσοκομείο, αν είναι τρόφιμοι κάποιου οίκου ευγηρίας ή γηροκομείου, αν ζουν αυτόνομοι ή στο σπίτι κάποιου συγγενικού προσώπου. Πιο συχνή είναι η εμφάνιση της κατάθλιψης σε άτομα της τρίτης ηλικίας που πάσχουν και από κάποια άλλη χρόνια ασθένεια. Χαρακτηριστικό είναι ότι μόλις το 20% αυτών που νοσούν, προστρέχουν σε βοήθεια και λαμβάνουν κατάλληλη θεραπευτική αγωγή (Παγοροπούλου, 2000).

Οι επιπτώσεις από τη μη αντιμετώπιση της νόσου είναι μακροπρόθεσμες, με πτώση της λειτουργικότητας του ατόμου και αδυναμία φροντίδας του εαυτού του. Παράλληλα χάνει τη δυνατότητα συνεισφοράς που έχει όταν είναι υγιές, όπως για παράδειγμα, να φροντίζει το εγγόνι του.

Ο καταθλιπτικός συχνά σωματοποιεί την ψυχική του διαταραχή, με αποτέλεσμα να νοιώθει πόνους και ενοχλήσεις στο σώμα του. Μακροπρόθεσμα, ο ηλικιωμένος που πάσχει από μια ψυχολογική διαταραχή, όπως η κατάθλιψη, γίνεται βάρος για την οικογένεια του και χρήζει φροντίδας είτε ιατρικής, είτε νοσηλευτικής.

Η κατάθλιψη θεραπεύεται σε ένα ποσοστό 80-90% μετά από κατάλληλη θεραπεία. Δυστυχώς όμως, μόνο το 1/3 των ανθρώπων που υποφέρουν από κατάθλιψη υποβάλλονται σε θεραπεία. Οι άνθρωποι με σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας έως και 15%. Η κατάθλιψη είναι η νόσος που, συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη, μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Κάθε 1½ λεπτό της ώρας περίπου ένα άτομο οδηγείται στο θάνατο αυτοκτονώντας, ενώ οι απόπειρες που δεν καταλήγουν στο θάνατο είναι πολλαπλάσιες (Μενεδιάτου, 2012).

1.6 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τόσο ψυχοπαιστικοί όσο και βιολογικοί παράγοντες συμβάλλουν στην εκδήλωση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Στους πρώτους περιλαμβάνονται η μοναξιά, χηρεία, ο κοινωνικός και οικονομικός αποκλεισμός, η ιδρυματοποίηση, η απώλεια οικείων και φίλων, το πένθος, η παρουσία οξείας ή χρόνιας νόσου και αναπηρίας, η εξάρτηση, κτλ. Οι ψυχολογικοί αυτοί στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να πυροδοτήσουν την εμφάνιση της νόσου σε άτομα με βιολογική ευαλωτότητα για κατάθλιψη. Στους δεύτερους περιλαμβάνονται οργανικοί παράγοντες που αυξάνουν την ευαλωτότητα για κατάθλιψη όπως η λήψη φαρμακευτικών ουσιών (β-αναστολέων, αναστολέων ιόντων ασβεστίου, διγοξίνη, βενζοδιαζεπίνες, αντιψυχωσικά και αντιπαρκισονικά φάρμακα κτλ) ή σωματικές παθήσεις που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης όπως ο υπο/υπερθυρεοειδισμός, η νόσος Πάρκινσον, η αγγειακή νόσος, ο συστηματικός ερυθηματώδης λύκος κ.α.

Παράγοντες κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα είναι η ηλικία, το φύλο, τα χρόνια νοσήματα και άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες

Η απώλεια και η βίωσή της είναι η πιο χαρακτηριστική ψυχολογική πραγματικότητα της γήρανσης. Η έλευση του γήρατος τείνει να συνεπιφέρει

τις περισσότερες φορές απώλεια της εργασίας, μειωμένο κοινωνικό γόητρο, επισφαλή υγεία, περιορισμένα οικονομικά εισοδήματα και θανάτους μεταξύ των μελών της οικογένειας, ειδικότερα των συντρόφων αλλά και των φίλων. Τα κρίσιμα αυτά γεγονότα ή στρεσογόνοι παράγοντες που συνοδεύουν τα γηρατεία αποτελούν, αναμφισβήτητα, παράγοντες κινδύνου για την εύθραυστη υγεία των ηλικιωμένων. Η ανασφάλεια, η αίσθηση απώλειας του ελέγχου της ζωής, το χρόνιο άγχος και η έλλειψη στρατηγικών αντιμετώπισής του, συνηγορούν στη μείωση των αμυντικών μηχανισμών των ηλικιωμένων, βυθίζοντάς τους ακόμη πιο βαθιά στην υπαρξιακή απελπισία.

Η αισιοδοξία, η θετική άποψη για τη ζωή και η αίσθηση πληρότητας που μπορεί να προέλθει από τον απολογισμό μιας ισορροπημένης ζωής μάχονται των αρνητικών συναισθημάτων και φαίνεται πως δρουν προστατευτικά για την υγεία. Ο θυμός, η εχθρότητα, η διαρκής ανησυχία και η καταπιεσμένη έκφραση των συναισθημάτων από την άλλη πλευρά, αποτελούν στοιχεία μιας προσωπικότητας που κάθε άλλο παρά μπορεί να αμυνθεί στις στρεσογόνες συνθήκες της ζωής. Οι επιστήμονες της ψυχικής υγείας καλούν την προσωπικότητα αυτή, όπως περιγράφηκε παραπάνω, συμπεριφορά τύπου Α, εξετάζοντάς την ως ανεξάρτητο προδιαθεσικό παράγοντα για ψυχικές αλλά και σωματικές νόσους.

Η κοινωνική απομόνωση και έλλειψη κοινωνικής στήριξης δεν θα μπορούσαν να λείπουν από μια προσπάθεια σκιαγράφησης της ψυχολογίας του γήρατος. Κάθε άνθρωπος χρειάζεται συντροφικότητα, παρηγοριά, στήριξη και οι ηλικιωμένοι γνωρίζουν το θλιβερό προνόμιο να χάνουν αγαπημένα τους πρόσωπα. Την απώλεια ακολουθεί η πικρή γεύση της μοναξιάς.

Στο σημείο αυτό είναι ανάγκη να επισημανθεί η δυσκολία της ψυχολογικής προσέγγισης στην έρευνα λόγω της πολυπλοκότητας της ανθρώπινης ύπαρξης. Είναι σχεδόν ακατόρθωτο να μιλήσει κανείς για την κατάθλιψη ως μία έννοια ξέχωρη από τη μοναξιά, το συναισθηματικό stress, το αίσθημα απώλειας του ελέγχου, την απελπισία, που μπορεί να προηγούνται, να συνυπάρχουν ή και να έπονται της κατάθλιψης. Από τη μια πλευρά, υπάρχει σημαντική συσχέτιση των ψυχολογικών χαρακτηριστικών μεταξύ τους. Από την άλλη, ο ίδιος ο όρος, κατάθλιψη, χρησιμοποιείται στην κλινική πράξη και στη βιβλιογραφία, εναλλακτικά, για να περιγράψει το

σύμπτωμα, το σύνδρομο, ή τη νόσο. Πιθανότατα αυτός να είναι και ένας λόγος που η έρευνα στον τομέα αυτό αν και αρκετά ελκυστική μοιάζει τόσο συγκεχυμένη.

Κορυφαίοι ερευνητές στο τομέα της επίδρασης των ψυχολογικών παραγόντων στην καρδιαγγειακή υγεία φαίνεται να χρησιμοποιούν τον όρο ψυχοκοινωνικό stress για να συμπεριλάβουν τόσο τη διαταραχή στο συναίσθημα όσο και όλους τους άλλους ψυχολογικούς παράγοντες που αναφέρθηκαν παραπάνω. Στόχο αποτελεί η όσο το δυνατόν πληρέστερη απόδοση του ψυχολογικού προφίλ του ατόμου.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

2.1 ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Επιπολασμός μιας νόσου ορίζεται ο αριθμός περιπτώσεων της συγκεκριμένης νόσου για ένα πληθυσμό, σε έναν ορισμένο χρόνο και συχνότητα. Δύο μέτρα συχνότητας νοσημάτων τα οποία συχνά συγχέονται είναι ο επιπολασμός και η επίπτωση. Η επίπτωση μετρά τη συχνότητα νέων περιπτώσεων σε καθορισμένη χρονική περίοδο, ενώ ο επιπολασμός μετρά τη συχνότητα νοσημάτων που υπάρχουν σε καθορισμένο χρονικό σημείο. Έτσι, για παράδειγμα ένα νόσημα σήμερα, μπορεί να έχει αυξήσει τον επιπολασμό του, επειδή αυξήθηκε η επιβίωση των ασθενών εξαιτίας της καλύτερης ιατρικής αντιμετώπισης παρότι η επίπτωση έμεινε ίδια.

Η κατάθλιψη μπορεί να αποτελεί μια διακύμανση στη διάθεση ή ένα συναίσθημα, όπως για παράδειγμα συμβαίνει μετά από μια σημαντική για το άτομο απώλεια ή θάνατο, ή ένα σύμπτωμα, στην περίπτωση όπου η κατάθλιψη είναι μια μορφή αντίδρασης στο στρες, ή μια δευτερογενή αντίδραση σε ασθενείς με οργανικά ή ψυχιατρικά προβλήματα, και τέλος μπορεί να αποτελεί μια ψυχοπαθολογική διαταραχή ή σύνδρομο (Παγουροπούλου, 2000).

Οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη, σε διπλάσιο ποσοστό από τους άντρες, ανεξαρτήτου χώρας που ζουν. Έχει διαπιστωθεί ότι στη διάρκεια της ζωής τους στο 20% των γυναικών και στο 15% των ανδρών θα εμφανιστεί καταθλιπτικό επεισόδιο, ενώ το 10% των γυναικών και το 5,8% ανδρών θα νοσήσουν σε ένα έτος. Σημαντικό είναι πως οι γυναίκες παραδέχονται πιο εύκολα ότι είναι καταθλιπτικές και ζητούν βοήθεια. Οι περισσότερες γυναίκες που πάσχουν από κατάθλιψη είναι εργαζόμενες ηλικίας μεταξύ 30 και 50 ετών, οι οποίες αδυνατούν να ανταποκριθούν στις πολλαπλές υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει, κυρίως όταν δεν έχουν βοήθεια στο μέγιστο των παιδιών (Χριστοδούλου, 1998). Πέρα από τις βιολογικές διαφορές ανάμεσα

στα δύο φύλα υπάρχουν και πολλοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που αυξάνουν τη διαφορά αυτή.

Τα τελευταία χρόνια, στη χώρα μας, δεν έχουν πραγματοποιηθεί εξειδικευμένες μελέτες για την συχνότητα της κατάθλιψης στον πληθυσμό, αλλά η αύξηση των περιπτώσεων είναι εμφανής στην καθημερινή πρακτική των γιατρών. 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 και κοινωνική ζωή, οι περισσότερες αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές. Η κατάθλιψη, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, καταλαμβάνει σήμερα την τέταρτη θέση με συνεχώς αυξητικές τάσεις, ενώ προβλέπεται ότι το έτος 2020, θα καταλάβει την πρώτη θέση, στις δυτικές κοινωνίες.

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα σημαντικό ζήτημα δημόσιας υγείας, εκτιμάται να επηρεάζει περίπου 121 εκατομμύρια άτομα παγκοσμίως, είναι μία νόσος συχνή, υποτροπιάζουσα και δυνητικά αυτοκαταστροφική, που θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως χρόνια πάθηση. Σύμφωνα με έρευνες που αναφέρθηκαν και παραπάνω, η κατάθλιψη εμφανίζεται συχνά στους άγαμους, στους διαζευγμένους και στους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Η πιθανότητα εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας αυξάνεται στις γυναίκες μετά από τη γέννηση ενός παιδιού, στους άνεργους, στα άτομα μεγάλης ηλικίας και μετά από καρδιαγγειακές, νευρολογικές ή άλλες παθήσεις όπως εγκεφαλικό επεισόδιο, νόσος του Πάρκινσον, πολλαπλή σκλήρυνση, υποθυρεοειδισμός, νόσος του Cushing, AIDS, λοιμώδης μονοπυρήνωση, αναιμία και μεταστατικός καρκίνος. Στις περισσότερες χώρες το ποσοστό των ατόμων που θα εμφανίσει κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής του κυμαίνεται μεταξύ ποσοστού 8% και 12%. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης εκτιμάται να είναι περίπου δύο φορές υψηλότερος στις γυναίκες από ότι στους άνδρες (Αργυρόπουλος, 2008).

Η επίπτωση αναφέρεται στον αριθμό των νέων περιπτώσεων κατάθλιψης που εμφανίζονται σε έναν πληθυσμό, μια δεδομένη στιγμή. Έρευνες αυξάνουν την επίπτωση κατάθλιψης μεταξύ 3% και 12% του γενικού πληθυσμού, ανά έτος. Η πολυμορφία της νόσου, η ικανότητά της να μιμείται άλλες ασθένειες και η άτυπη συμπτωματολογία της, μπορούν να ξεγελάσουν

τους γιατρούς που δεν ειδικεύονται σε θέματα ψυχικής υγείας , με αποτέλεσμα να καθυστερεί η σωστή διάγνωση και η παρέμβαση. Επίσης, η προκατάληψη απέναντι στις ψυχικές διαταραχές αποθαρρύνουν τους ασθενείς στην αναζήτηση βοήθειας. Αυτό προκαλεί δυσμενείς επιπτώσεις στην προσωπική ζωή του ατόμου, όπως, επίσης, στις οικογενειακές σχέσεις και στις επαγγελματικές του δραστηριότητες.

Πολλά ιστορικά πρόσωπα, όπως ο Αβραάμ Λίνκολν, η Βασίλισσα Βικτώρια και ο Ουίνστον Τσώρτσιλ έπασχαν από κατάθλιψη. Ο τελευταίος την αποκαλούσε «το μαύρο σκυλί του». Το ίδιο ισχύει για πολλούς συγγραφείς, όπως ο Έντγκαρ Άλαν Πόε, η Βιρτζίνια Γουλφ, ο Μαρκ Τουέιν, η Σύλβια Πλαθ, ο Έρνεστ Χέμινγουεϊ και ο Φράνσις Σκοτ Φιτζέραλντ, ζωγράφους όπως ο Βίνσεντ βαν Γκογκ και συνθέτες όπως ο Ρόμπερτ Σούμαν, ο Λούντβιχ βαν Μπετόβεν και ο Τσαϊκόφσκι.

Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί σε κάθε ηλικία, ωστόσο η μέση ηλικία έναρξης είναι γύρω στα 25. Ενώ είναι δύο φορές πιο συχνή σε έφηβες και ενήλικες γυναίκες απ' ότι σε έφηβους και ενήλικους άντρες, είναι το ίδιο συχνή σε αγόρια και κορίτσια στην προεφηβική ηλικία. Η υψηλότερη συχνότητα και για άντρες και για γυναίκες είναι μεταξύ 25 και 44 ετών, ενώ ελαττώνεται και για τους δύο μετά τα 65.

Η κατάθλιψη θεραπεύεται σε ένα ποσοστό 80 έως 90% μετά από έγκαιρη διάγνωση και παροχή κατάλληλης θεραπείας. Δυστυχώς μόνο το 1/3 των ανθρώπων που πάσχουν από κατάθλιψη υποβάλλονται σε θεραπεία. Οι άνθρωποι με σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο έχουν υψηλά ποσοστά αυτοκτονίας έως και 15%. Η κατάθλιψη είναι η νόσος που, συχνότερα από οποιαδήποτε άλλη, μπορεί να οδηγήσει σε αυτοκτονία. Κάθε 1½ λεπτό της ώρας περίπου ένα άτομο οδηγείται στο θάνατο αυτοκτονώντας, ενώ οι απόπειρες που δεν καταλήγουν στο θάνατο είναι πολλαπλάσιες. (Μενεδιάτου,2012)

2.2 ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΗ

Η πιο συχνή ψυχική διαταραχή με σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων είναι η κατάθλιψη. Ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών καταστάσεων. Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους προκαλεί μεγάλη επιβάρυνση τόσο στους ίδιους τους πάσχοντες όσο και στους φροντιστές τους. Λόγω της μεγάλης αύξησης του προσδόκιμου επιβίωσης στον αναπτυγμένο κόσμο, η κατάθλιψη των ηλικιωμένων ήδη αποτελεί, και στο μέλλον όλο και περισσότερο θα αποτελεί μείζον πρόβλημα της δημόσιας υγείας.

Στις ηλικίες άνω των 65 ετών η κατάθλιψη είναι η συχνότερη ψυχική διαταραχή και εκτιμάται να επηρεάζει ένα στα επτά άτομα. Ωστόσο υπάρχουν ενδείξεις ότι η γεροντική κατάθλιψη είναι μία από τις πιο υπο-διαγνωσμένες και ελλιπώς αντιμετωπιζόμενες παθήσεις (Στυλιανοπούλου, 2010).

Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι κυρίως το γυναικείο φύλο, η συννοσηρότητα, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και η χηρεία. Στην Ελλάδα οι έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε πληθυσμό άνω των 60 ετών έχουν καταδείξει ποσοστά που κυμαίνονται από 6% έως 70% για καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Ο επιπολασμός για όλη τη ζωή της μείζονος κατάθλιψης στους ηλικιωμένους στην κοινότητα κυμαίνεται από 1 έως 4%, της καταθλιπτικής συμπτωματολογίας από 8 έως 16% και της δυσθυμίας προσδιορίζεται περί το 2%. Χαρακτηριστικό είναι ότι ο επιπολασμός της μείζονος κατάθλιψης βρίσκεται αυξημένος σε πλαίσια πρωτοβάθμιας σε ποσοστό 5% του πληθυσμού και τριτοβάθμιας περίθαλψης σε ποσοστό 11% καθώς και σε πλαίσια μακράς νοσηλείας σε ποσοστό 12% (Hughes).

Οι παράγοντες που έχουν ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι κυρίως το γυναικείο φύλο, η συννοσηρότητα, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου και η χηρεία. Στην Ελλάδα οι έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού της κατάθλιψης σε πληθυσμό άνω των 60 ετών έχουν καταδείξει ποσοστά που κυμαίνονται από 6% έως 70% για καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Στην Ελλάδα, έρευνες για την εκτίμηση του επιπολασμού και της επικράτησης της κατάθλιψης σε αγροτικούς πληθυσμούς άνω των 60 ετών έχουν δείξει επιπολασμό ήπιας/ μέτριας κατάθλιψης, της τάξης του 27% και μέτριας / σοβαρής κατάθλιψης, της τάξης του 12%, ενώ η επικράτηση της νόσου στις γυναίκες κυμαίνεται από 29,9% ως 33% και στους άνδρες από 19,6% ως 20%. Άλλη έρευνα σε άτομα που προσέρχονταν στα τακτικά ιατρεία ενός Κέντρου Υγείας, η καταθλιπτική συμπτωματολογία αναγνωρίστηκε σε ποσοστό 15,38% στις γυναίκες και 7,37% στους άνδρες.

Σημαντικός αριθμός ερευνών έχει, επίσης, πραγματοποιηθεί σε πληθυσμούς ηλικιωμένων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες των Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.). Οι έρευνες αυτές έχουν καταδείξει ποσοστά ανησυχητικής καταθλιπτικής συμπτωματολογίας που κυμαίνονταν από 6% έως 39,4%. Πιο συγκεκριμένα, ως προς το φύλο, και στους πληθυσμούς αυτούς, οι γυναίκες εμφανίζονται περισσότερο επιβαρυνμένες από τους άνδρες: 30% των γυναικών παρουσίασαν μέτρια κατάθλιψη και 10%, σοβαρή (Στυλιανοπούλου, 2010). Τα αντίστοιχα ποσοστά για τους άνδρες ήταν 16% και 6%. Η πιο πρόσφατη μελέτη είναι αυτή της Μπαμπάτσικου, η οποία διερεύνησε την κατάσταση της υγείας των ηλικιωμένων σε αστική περιοχή της Ελληνικής επικράτειας. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε άνδρες και γυναίκες άνω των 60 ετών, σε εννέα Κ.Α.Π.Η. του νομού Αττικής. Τα αποτελέσματα έδειξαν 33,6% «μέτρια» και 12,25% «σοβαρή» κατάθλιψη, ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν, στοιχεία σοβαρής κατάθλιψης σε τριπλάσιο ποσοστό 18,4%, συγκριτικά με τους άνδρες 6,1% (Στυλιανοπούλου, 2010).

Στην Ευρώπη ο επιπολασμός της κατάθλιψης κυμαίνεται γύρω στο 13 % του γενικού πληθυσμού για γυναίκες και το 8 % για τους άντρες. Έρευνες δείχνουν ότι ο επιπολασμός συσχετίζεται θετικά με την ηλικία, με αποτέλεσμα όταν αυξάνεται η ηλικία, να αυξάνεται και η παρουσία κατάθλιψης. Το γήρας από μόνο του δεν είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση και ανάπτυξη κατάθλιψης. Οι θετικές συσχετίσεις που προκύπτουν από έρευνες, προκύπτουν από τα αυξημένα προβλήματα υγείας των ατόμων της τρίτης ηλικίας, τα οποία αποτελούν παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κατάθλιψης.

Αξιοσημείωτο είναι ότι η κατάθλιψη συνυπάρχει με κάποια χρόνια νοσήματα. Ο επιπολασμός της κατάθλιψης στα άτομα της τρίτης ηλικίας που

πάσχουν και από άλλα χρόνια νοσήματα παρουσιάζεται συνδιατικά με κάποιες άλλες συμπεριφορές όπως, μειωμένη όρεξη ή υπερφαγία, αϋπνία ή υπερυπνία, μειωμένη ενεργητικότητα ή κόπωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, μειωμένη συγκέντρωση, συναισθήματα απελπισίας (Στυλιανοπούλου, 2010).

Συνεπώς, οι νοσηλευτές που εργάζονται σε περιβάλλοντα φροντίδας ηλικιωμένων ατόμων, πρέπει να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν τα συμπτώματα κατάθλιψης, τις κατηγορίες και τον τρόπο αντιμετώπισής της. Κυρίως δε, σε ασθενείς ηλικιωμένους που πάσχουν από χρόνια νοσήματα. Σημαντικός, λοιπόν, ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα των ηλικιωμένων και απαραίτητη η σωστή εκπαίδευσή τους.

Είναι γενικά παραδεκτό ότι το αληθινό ποσοστό καταθλιπτικής νόσου, ικανής να απαντήσει σε θεραπευτικά μέσα στην τρίτη ηλικία, κυμαίνεται γύρω στο 10-15% των ατόμων άνω των 60-65 ετών, που ζουν στην κοινότητα, ενώ οι μείζονες λεγόμενες καταθλίψεις, εξ ορισμού ενδογενείς και σοβαρότερες, είναι σπανιότερες στην τρίτη ηλικία σε σύγκριση με νεότερες ηλικίες. Το ποσοστό τους ανέρχεται στο 3% περίπου, ενώ για τις μέσες και νέες ηλικίες το ποσοστό τους υπολογίζεται γύρω στο 10% (Στυλιανοπούλου, 2010).

Σε επιδημιολογικές μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους βρέθηκε ότι 10-25% εμφανίζουν σημαντικά συμπτώματα κατάθλιψης. Από αυτούς το 1-5% πάσχουν από μείζονα κατάθλιψη και το 2-8% πάσχουν από δυσθυμία. Σε μελέτες που έγιναν σε γηροκομεία και οίκους ευγηρείας το ποσοστό των ατόμων με μείζονα κατάθλιψη ανέρχεται σε 5-15%, ενώ ένα 30% επιπλέον αυτών εμφανίζει σημαντικά καταθλιπτικά συμπτώματα όπως : δυσφορία, μελαγχολία, διαταραχές της όρεξης και του ύπνου.

Τέλος, σε μελέτες που έγιναν σε ηλικιωμένους ασθενείς γενικών νοσοκομείων ένα 5-10% εμφάνιζαν συμπτώματα μείζονος κατάθλιψης, ενώ ένα επιπρόσθετο 15-25% παρουσίαζαν σημαντική καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Είναι άξιο προσοχής ότι στα γενικά νοσοκομεία μόνο το 2% των ασθενών αξιολογείται ψυχιατρικά, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από την πραγματική συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε αυτά τα ιδρύματα.

Ανάμεσα στους λόγους που αναφέρονται για να εξηγηθεί αυτή η διαφορά είναι :

1. Η δυσκολία στην αναγνώριση και στην διάγνωση της κατάθλιψης λόγω της άτυπης συνήθως εμφάνισής της στους ηλικιωμένους
2. Η προτεραιότητα της αντιμετώπισης των σωματικών κυρίως προβλημάτων
3. Η υποτίμηση της συχνότητας εμφάνισης

Η επίπτωση αναφέρεται στον αριθμό των νέων περιπτώσεων κατάθλιψης που εμφανίζονται σε έναν πληθυσμό, μια δεδομένη στιγμή και παρατηρείται αύξηση τα τελευταία χρόνια στους ηλικιωμένους. Η κατάθλιψη δεν είναι, εξ ορισμού, ούτε χαρακτηριστικό, ούτε αναπόσπαστο μέρος της γήρανσης, παρόλα αυτά είναι η συχνότερη διαταραχή ψυχικής υγείας στη μεγάλη ηλικία. Εκτιμάται ότι επηρεάζει ένα στα επτά άτομα ηλικίας άνω των 65 ετών, με τις γυναίκες να εμφανίζουν, σε διπλάσια αναλογία, συγκριτικά με τους άνδρες, καταθλιπτική συμπτωματολογία.

Η γεροντική κατάθλιψη θεωρείται αποτέλεσμα επίδρασης βιολογικών, κοινωνικών και ψυχολογικών παραγόντων. Οι κύριοι επιβαρυντικοί παράγοντες για την εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους φαίνεται να είναι το φύλο, η έλλειψη κοινωνικού υποστηρικτικού δικτύου, η φτωχή υγεία, η χηρεία, η συνοσηρότητα, η ανικανότητα, η προγενέστερη κατάθλιψη, και η ηλικία. Από την άλλη πλευρά, προστατευτικοί παράγοντες στη γεροντική κατάθλιψη αποτελούν η ύπαρξη συζύγου και οικογένειας και το κοινωνικό υποστηρικτικό περιβάλλον, ειδικά με την μορφή φίλων, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η σωματική υγεία και η άσκηση (Στυλιανοπούλου, 2010).

Η κατάθλιψη έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ευημερία και την ποιότητα ζωής των ηλικιωμένων ατόμων και προκαλεί υψηλές δαπάνες και μεγάλη ζήτηση υπηρεσιών φροντίδας υγείας, αποτελώντας πρόκληση για τη Δημόσια Υγεία. Το ενθαρρυντικό στοιχείο, όμως, είναι πως η κατάθλιψη ανήκει στα νοσήματα εκείνα που, ακόμα και στις πιο βαριές μορφές τους, αντιμετωπίζονται σε μεγάλο ποσοστό με επιτυχία, αν διαγνωστούν έγκαιρα. Εκτιμάται ότι με την υιοθέτηση μιας ολιστικής προσέγγισης στη θεώρησή της, με συνδυασμό βιολογικών μέσων (φάρμακα), ψυχολογικών θεραπειών και ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, η γεροντική κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί σε ικανοποιητικό βαθμό στα πλαίσια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Hughes).

Από τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών προκύπτει ότι οι πληθυσμοί των ηλικιωμένων που μελετήθηκαν εμφανίζουν υψηλό ποσοστό

«μέτριας» και «σοβαρής» κατάθλιψης, αν και παρουσιάζονται σημαντικές διακυμάνσεις στην επικράτηση της γεροντικής κατάθλιψης μεταξύ των ερευνών. Οι διακυμάνσεις αυτές μπορούν να αποδοθούν στα διαφορετικά διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, στην ηλικιακή διαβάθμιση των ηλικιωμένων, στα διαφορετικά χαρακτηριστικά των υπό μελέτη πληθυσμών π.χ. αστικός, αγροτικός, γενικός πληθυσμός, πληθυσμός μελών Κ.Α.Π.Η. κ.λ.π. Παρόλα αυτά, η τάση που καταγράφουν όλες σχεδόν οι έρευνες είναι ότι η επικράτηση της κατάθλιψης στις ηλικιωμένες γυναίκες παρουσιάζεται σε ποσοστό μεγαλύτερο από το διπλάσιο, συγκριτικά με τους ηλικιωμένους άνδρες (Στυλιανοπούλου, 2010).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

3.1 ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

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

Συνεπώς, η αιτιολογία της κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας είναι χωρίς αμφιβολία πολυπαραγοντική. Σε αντίθεση με την κατάθλιψη νεότερων ηλικιών, γενετικοί παράγοντες και κληρονομικότητα φαίνεται να παίζουν μικρότερο ρόλο στην πρόκλησή της. Μια μεγάλη κατηγορία οργανικών παραγόντων, που ευθύνονται για τη συχνότερη εμφάνισή της, είναι εκείνη που συνδέεται με την ελάττωση συγκέντρωσης και την αλλοίωση του μεταβολισμού και της δράσης των διαφόρων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων (όπως του χολινεργικού, του ντοπαμινεργικού, του σεροτονινεργικού, του νοραδρενεργικού ή του γ-αμινοβουτυρικού κ.ο.κ.). Επιπλέον είναι γνωστό ότι προδιαθέτει σε κατάθλιψη η διαταραγμένη λειτουργία του υποθάλαμο-υπόφυσο-αδρενεργικού άξονα, στο επίπεδο του οποίου φαίνεται να πραγματοποιείται η συνάντηση ενδογενών και εξωγενών παραγόντων.

Ορισμένες πρόσφατες εργασίες, στηριζόμενες σε τρισδιάστατη μαγνητική τομογραφία και σε λειτουργικές νευροαπεικονιστικές μεθόδους, όπως η υπολογιστική τομογραφία εκπομπής ενός φωτονίου και η τομογραφία

εκπομπής ποζιτρονίων, αποκαλύπτουν, σε άτομα με μετατραυματικό στρες ή διάφορες μορφές κατάθλιψης, την ύπαρξη δομικών αλλαγών του εγκεφάλου.

Όσον αφορά τους εξωγενείς και ψυχογενείς περιβαλλοντικούς παράγοντες κατάθλιψης, από τους πολυάριθμους τραυματισμούς βιολογικής, υπαρξιακής ή κοινωνικής φύσης, που δέχεται το άτομο της τρίτης ηλικίας, τη μεγαλύτερη επίπτωση φαίνεται να έχουν η κακή υγεία σε συνδυασμό με την κακή κοινωνική υποστήριξη και την κακή διατροφή. Αντίθετα η μείζων κατάθλιψη ή μελαγχολία δε φαίνεται να εξαρτάται από σαφείς κοινωνικούς και υπαρξιακούς τραυματισμούς.

Έτσι, γενικεύοντας, σήμερα πιστεύεται ότι η κατάθλιψη της τρίτης ηλικίας προκαλείται από την επίδραση των εξωγενών τραυματικών παραγόντων.

Οι πιθανοί παράγοντες λοιπόν είναι :

Γενετικοί παράγοντες: Ο κίνδυνος να πάθει κανείς κατάθλιψη όταν έχει στενούς συγγενείς που πάσχουν, ιδιαίτερα από σοβαρές ή χρόνιες μορφές, είναι αυξημένος. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται. Το πιο παραδεκτό μοντέλο για την γενετική επίδραση στην κατάθλιψη θεωρεί ότι διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών (π.χ. χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών κ.λ.π.) που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να πάθει κατάθλιψη. Δηλαδή, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά έχει μεγαλύτερο κίνδυνο από ένα άλλο να πάθει κατάθλιψη όταν δράσουν και άλλοι παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) του περιβάλλοντος.

Οι επιδημιολογικές έρευνες που έχουν γίνει σε οικογένειες κατέδειξαν ότι ο κίνδυνος νόσησης από κατάθλιψη είναι για τους συγγενείς πρώτου βαθμού περίπου τριπλάσιος από το γενικό πληθυσμό και για τους συγγενείς δεύτερου βαθμού διπλάσιος από το γενικό πληθυσμό. Επίσης, για τους συγγενείς τρίτου βαθμού ελαφρώς αυξημένος σε σχέση με το γενικό πληθυσμό.

Η επικρατέστερη, σήμερα, άποψη είναι ότι κληρονομείται μια ευαισθησία (ευαλωτότητα) για τη νόσο, η οποία θα εκδηλωθεί εάν επιδράσουν ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες.

Βιολογικοί παράγοντες: Σύμφωνα με έρευνες από το έτος 1950, έχουν προκύψει ενδείξεις, που κατοχυρώνουν το ρόλο ουσιών, των νευροδιαβιβαστών, στην αιτιοπαθογένεια της κατάθλιψης. Οι νευροδιαβιβαστές είναι βιοχημικές ουσίες, μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα του εγκεφάλου. Το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει εστιασθεί στους νευροδιαβιβαστές σεροτονίνη και νοραδρεναλίνη και διαπιστώθηκε ότι στην κατάθλιψη τα νευροδιαβιβαστικά αυτά συστήματα υπολειτουργούν. Ο μηχανισμός δράσης, άλλωστε, των περισσότερων αντικαταθλιπτικών φαρμάκων, τα οποία δρουν ενισχύοντας την νευροδιαβίβαση που επιτελείται μέσω την σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης, έρχεται να συμφωνήσει με την υπόθεση αυτή.

Μερικές μη ψυχιατρικές νόσοι του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Κ.Ν.Σ.), όπως η νόσος του Parkinson, η επιληψία, τα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, η σκλήρυνση κατά πλάκας, οι όγκοι, που επηρεάζουν τη λειτουργία περιοχών του εγκεφάλου οι οποίες ρυθμίζουν το συναίσθημα, εκδηλώνονται με καταθλιπτικά συμπτώματα. Ενδοκρινικές διαταραχές (π.χ. υποθυρεοειδισμός, νόσος του Cushing), λοιμώδη και αυτοάνοσα νοσήματα (πνευμονία, λοιμώδη μονοπυρήνωση, φυματίωση, ρευματοειδής αρθρίτιδα, συστηματικός ερυθρεματώδης λύκος, AIDS), αναιμίες καθώς και όγκοι του γαστρεντερικού (π.χ. καρκίνος της κεφαλής του παγκρέατος) εκδηλώνονται επίσης με καταθλιπτικά συμπτώματα.

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

Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: Από ερευνητικά δεδομένα έχει προκύψει ότι οι τραυματικές εμπειρίες στα πρώτα χρόνια της ζωής, η αδυναμία να εκπληρώσουν το γονεϊκό ρόλο, οι συγκρουσιακές ενδοοικογενειακές σχέσεις, η έκθεση σε σωματική ή φυσική βία καθιστούν το άτομο επιρρεπές στο να αναπτύξει κατάθλιψη στο μέλλον.

Τα στρεσογόνα γεγονότα της ζωής είναι δυνατόν να δράσουν ως εκλυτικοί παράγοντες σε άτομα με πρώιμες τραυματικές εμπειρίες ή σε άτομα εκτεθειμένα σε χρόνιες ψυχοπιεστικές καταστάσεις, οι οποίες συνιστούν προδιαθεσικούς –για την εμφάνιση της κατάθλιψης- παράγοντες. Τέτοια γεγονότα είναι αυτά που εκλαμβάνονται από το άτομο ως απειλητικά και

επικίνδυνα, εκείνα που συνδέονται με απώλειες (π.χ. χωρισμός, θάνατος) και εκείνα που αποτυπώνουν δυσαρμονία στις σχέσεις με τα σημαντικά πρόσωπα της ζωής του. Ο τρόπος, τέλος, με τον οποίο οι άνθρωποι σκέφτονται, αντιλαμβάνονται και αναπαριστούν τον κόσμο και την πραγματικότητα μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη, να επιδεινώσει την συμπτωματολογία της και να επιμηκύνει την διάρκειά της (Hughes).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΤΗΣ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΛΗΨΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

4.1 ΠΡΟΑΓΩΓΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ

Προαγωγή της δημόσιας υγείας είναι το σύνολο των ενεργειών και αρχών που συμβάλλουν στην ενδυνάμωση της ψυχικής ευεξίας των ατόμων, οικογενειών, οργανισμών και κοινοτήτων. Οι αρχές της προαγωγής υγείας βασίζονται στην άποψη ότι το πώς αισθάνονται τα άτομα επιδρά στην υγεία τους. Η υγεία, δηλαδή, συσχετίζεται με τα συναισθήματα (Department of Health, 2001). Η ενδυνάμωση της ψυχικής ευεξίας συσχετίζεται και με την πρόληψη των ψυχικών ασθενειών, π.χ. την κατάθλιψη και μόνο οφέλη στην υγεία μπορεί να προσφέρει.

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των ψυχικών διαταραχών. Ο κύριος λόγος είναι το αβέβαιο και συνεχώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον που ζούμε. Είναι σημαντικό για όλες τις χώρες να αναπτύσσουν Εθνικά Σχέδια για την πρόληψη και θεραπεία της κατάθλιψης. Επίσης, πρέπει να αξιολογούν τα σχέδια αυτά συνεχώς, μέσω της χρήσης κατάλληλων αριθμοδεικτών που υπάρχουν. Για παράδειγμα ένας αριθμοδείκτης είναι η μείωση του επιπολασμού της κατάθλιψης το επόμενο έτος.

Η κατάθλιψη είναι πολυπαραγοντική νόσος, με πολλά αίτια που πιθανόν την προκαλούν. Η προαγωγή της σωματικής υγείας μπορεί να επιδράσει στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Επίσης, η προαγωγή της κοινωνικής ευεξίας και η προαγωγή της ψυχολογικής ευεξίας στους ηλικιωμένους συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης. Συνήθως οι ηλικιωμένοι δεν μπορούν να διαχειριστούν τα έντονα συναισθήματα θλίψης που μπορεί να τους επιφέρει η απώλεια κάποιου προσώπου, με αποτέλεσμα να βιώνουν έντονο άγχος και να έχουν καταθλιπτική συμπεριφορά (Αργυρόπουλος, 2012)

Οι ηλικιωμένοι πρέπει να έχουν πρόσβαση σε προγράμματα προαγωγής υγείας και πρόληψης των νοσημάτων. Οι ηλικιωμένοι μόνο

όφελος θα έχουν από αυτά τα προγράμματα, καθώς θα ενημερώνονται για ενέργειες που μπορούν να κάνουν για την διατήρηση της ευεξίας τους. Κάποιες τέτοιες ενέργειες είναι η κατάλληλη διατροφή, κάποιες ασκήσεις, μαζικά προγράμματα διαχείρισης άγχους, δημιουργία συζητήσεων, κ.α. (Hughes).

Επίσης, καλό είναι να υπάρχει ανάπτυξη σχέσεων με κοινοτικά και κοινωνικά δίκτυα στους χώρους υγείας - πρόνοιας - εκπαίδευσης σε μια χώρα. Οι παρεμβάσεις αυτές θα γίνονται με τη μορφή προγραμμάτων εκπαίδευσης και ευαισθητοποίησης για κάποια ασθένεια, ανά νομό. Κάποιες πιθανές ενέργειες που μπορούν να γίνουν είναι:

- Οργάνωση ειδικών σεμιναρίων προσαρμοσμένων στις ανάγκες ενημέρωσης της κοινότητας για την ψυχική υγεία
- Συνεργασία σε οργανωμένη βάση με τους τοπικούς φορείς προκειμένου να συνεχιστεί η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση για τα θέματα της ψυχικής υγείας.
- Οργάνωση ειδικών σεμιναρίων για τις υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας (γενικούς γιατρούς, γιατρούς άλλων ειδικοτήτων, επαγγελματίες υγείας από δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς της κοινότητας κ.α)
- Δημιουργία ομάδων εθελοντών για την ενεργοποίηση και την συμμετοχή της κοινότητας σε θέματα αποδοχής και επανένταξης αποασυλοποιημένων ασθενών που διαβιούν στην κοινότητα, καθώς και γενικότερα των ΑΜΕΑ.
- Οργάνωση εκδηλώσεων πολιτιστικού και κοινωνικού χαρακτήρα με στόχο την κινητοποίηση της κοινότητας σε θέματα πρόληψης στην ψυχική υγεία
- Λειτουργική διασύνδεση με τα έντυπα που εκδίδονται από τους τοπικούς φορείς της κοινότητας προκειμένου η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση να έχουν περισσότερους τελικούς αποδέκτες.
- Συμμετοχή της υπηρεσίας στις πάντως είδους εκδηλώσεις και εκφάνσεις της κοινότητας και των τοπικών της φορέων. (Παπαδημητρίου, 1999).

Οι περισσότεροι άνθρωποι με κατάθλιψη θεραπεύονται ως εξωτερικοί ασθενείς. Μερικές όμως φορές μπορεί να χρειαστεί νοσηλεία. Παρακάτω δίνονται κάποιοι λόγοι απαραίτητης νοσηλείας των καταθλιπτικών ασθενών:

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

Αυτοί που φροντίζουν τους ασθενείς χρειάζονται επίσης συμβουλευτική, ώστε να έχουν πρόσβαση στις διαθέσιμες υπηρεσίες που παρέχονται και να λαμβάνουν την κατάλληλη υποστήριξη.

Σημαντική είναι η οικονομική ενίσχυση των ηλικιωμένων που νοσούν και η ενημέρωσή τους σε περίπτωση που δικαιούνται κάποιο επίδομα κοινωνικής πρόνοιας. Η ενημέρωση των ηλικιωμένων μπορεί να γίνει και από το νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο με τη σειρά του, μπορεί να τους παραπέμψει σε κατάλληλες κοινωνικές υπηρεσίες ή σε κάποιες υπηρεσίες κοινωνικής ευημερίας. Είναι πιθανών, τα άτομα της τρίτης ηλικίας να χρειάζονται βοήθεια στη συμπλήρωση των σχετικών εντύπων.

Οι νοσηλευτές, με το ρόλο τους στη δημόσια υγεία, μπορούν να επηρεάσουν θετικά τον ασθενή και το περιβάλλον του. Για παράδειγμα, βοηθούν στη βελτίωση συνθηκών διαμονής και μετακίνησης των ασθενών, με αποτέλεσμα την βελτίωση της ψυχολογικής τους διάθεσης. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμμετάσχουν ενεργά στην δημιουργία και ανάπτυξη των τοπικών υπηρεσιών υποστήριξης ηλικιωμένων, όπως τη δημιουργία υποστηρικτικών κοινωνικών υπηρεσιών ή κέντρων ημέρας. Η κοινωνική υποστήριξη και η εξατομικευμένη συμβουλευτική βοηθούν στην μείωση των ψυχικών διαταραχών. Η κοινωνική υποστήριξη έχει σημαντικό προστατευτικό ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης και βοηθά τους καταθλιπτικούς ασθενείς.

4.2 ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Ο αντικειμενικός σκοπός των προληπτικών προγραμμάτων και παρεμβάσεων είναι να αναχαιτίσουν ή να αναστρέψουν την παθολογική διεργασία, όσο το δυνατόν πιο γρήγορα, προλαβαίνοντας μεγαλύτερη βλάβη. Με βάση τη φυσιολογική εμφάνιση και την εξελικτική πορεία της νόσου υπάρχουν τρία επίπεδα προληπτικών παρεμβάσεων.

Η πρωτογενής πρόληψη αφορά την παρέμβαση που ενεργοποιείται πριν αρχίσουν οι παθολογικές διεργασίες και κατά τη διάρκεια της επιρρέπειας του ατόμου. Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις σκοπεύουν τόσο στην προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας όσο και στην προστασία από συγκεκριμένο επικείμενο πρόβλημα. Στις παρεμβάσεις για την προαγωγή της γενικής κατάστασης υγείας περιλαμβάνονται όλες οι δραστηριότητες που βελτιώνουν τις συνθήκες του περιβάλλοντος και μεταδώσει στον πληθυσμό γνώσεις σχετικά με την υγιεινή διατροφή, ανάπαυση, ψυχαγωγίας και νέων συνηθειών. Ακόμη ενημερώνει σχετικά με τους δυσμενείς για την υγεία παράγοντες όπως το κάπνισμα, τις διάφορες καταχρήσεις, το άγχος και ότι άλλο επιδρά αρνητικά στην υγεία. Στην πρωτογενή πρόληψη γίνονται προσπάθειες για τον περιορισμό και την πρόληψη χρόνιων νοσημάτων (όπως τα καρδιακά νοσήματα). Παρά το γεγονός ότι η επιτυχία της παρέμβασης δεν είναι εξασφαλισμένη πάντοτε, οπωσδήποτε περιορίζονται η έκταση της νόσου και οι παθολογικές αλλαγές που θα απέλθουν. Οι ειδικές πρωτογενείς προληπτικές παρεμβάσεις αναφέρονται στα μέτρα που λαμβάνονται, προκειμένου να προστατευτεί το άτομο από συγκεκριμένα αίτια ή παράγοντες. Στα χρόνια νοσήματα, που δεν υπάρχει συγκεκριμένος αιτιολογικός παράγοντας, η παρέμβαση είναι μόνο έμμεση. Προκειμένου λοιπόν να περιορισθούν τα προβλήματα, οι παράγοντες πρέπει να καταπολεμηθούν

Η δευτερογενής πρόληψη προσπαθεί να διαπιστώσει έγκαιρα την αρρώστια και να την θεραπεύσει αποτελεσματικά. Ο σκοπός της είναι να θεραπευθεί η αρρώστια κατά το δυνατό στα πρώτα της στάδια, σε περίπτωση δε που τούτο δεν είναι δυνατόν, να περιοριστεί η εξέλιξή της και να προληφθούν επιπλοκές. Ο προγραμματισμένος έλεγχος του πληθυσμού είναι

ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος τρόπος για τη δευτερογενή πρόληψη. Ο έλεγχος αυτός μπορεί έγκαιρα να διαπιστώσει σημεία και ενδείξεις μιας νόσου, πριν ακόμη το άτομο παρουσιάσει οποιαδήποτε συμπτώματα. Η έγκαιρη διαπίστωση και θεραπεία έχει πολύτιμα αποτελέσματα. Τμήμα της δευτερογενούς πρόληψης πρέπει να αποτελεί και η διδασκαλία του πληθυσμού σχετικά με τη σπουδαιότητα του περιοδικού ελέγχου της υγείας τους.

Η τριτογενής πρόληψη σκοπεύει στον περιορισμό της ανικανότητας που προκαλεί η αρρώστια και στην αποκατάσταση των ατόμων, παρεμβαίνει δε όταν παθολογικές βλάβες έχουν ήδη εμφανιστεί ή το άτομο παρουσιάζει κάποιο βαθμό αναπηρίας. Οι ψυχοκοινωνικές και λογοθεραπευτικές υπηρεσίες επίσης ανήκουν στην κατηγορία αυτή (Hughes).

4.3 ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Balog είναι η παροχή πληροφοριών σχετικά με συνήθειες της ζωής που προωθούν την καλή λειτουργικότητα σώματος και πνεύματος και ενθαρρύνουν τα άτομα για αυτοέλεγχο και αυτοφροντίδα σε θέματα Υγείας.

Η υγεία δεν είναι μια κατάσταση στατική, αλλά μια συνεχής διεργασία, η οποία κατά ένα μεγάλο ποσοστό, βασίζεται ή εξαρτάται από τη δυνατότητα του ατόμου να προσαρμοστεί στο περιβάλλον, το οποίο επίσης συνεχώς μεταβάλλεται. Ένα άτομο θεωρείται υγιές, όταν μπορεί να παραμείνει κοινωνικά, διανοητικά και ψυχικά δραστήριο, ακόμη και όταν υποφέρει από κάποιο ενόχλημα ή παρουσιάζει αδυναμία ή ανικανότητα. Όταν μπορεί να χρησιμοποιήσει αποδοτικά τις δυνάμεις του και να ξεπεράσει τις αδυναμίες και ελλείψεις του. Εάν αυτό είναι πραγματικότητα για όλα τα άτομα, ισχύει πολύ περισσότερο για τους ηλικιωμένους. Κάθε ηλικιωμένο άτομο που μπορεί να χρησιμοποιεί αποδοτικά και στον καλύτερο δυνατό βαθμό τις δυνατότητές του, ξεπερνώντας τις αδυναμίες του, θεωρείται υγιές.

Οι διεθνείς και περιφερειακοί οργανισμοί, οι τοπικοί παράγοντες της κάθε μιας χώρας, οι ασχολούμενοι με την υγεία, την κοινωνιολογία και την οικονομία, ενδιαφέρθηκαν για τον συνεχώς αυξανόμενο πληθυσμό των

ηλικιωμένων. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, σε ειδικά αφιερωμένη στους ηλικιωμένους συνέλευση (Βιέννη 1982), τόνισε αφενός την αναγκαιότητα της συστηματικής ερευνητικής μελέτης και συγκέντρωσης πληροφοριών σχετικά με τις ανάγκες υγείας των ηλικιωμένων και αφετέρου τις επιπτώσεις της αύξησης του ποσοστού του ηλικιωμένου πληθυσμού στην Εθνική και Διεθνή Οικονομία και στην κοινωνική και πολιτική ζωή.(άρθρο: η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ

5.1 ΓΗΡΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης είναι μια μέθοδος μέτρησης της κατάθλιψης, η οποία αναπτύχθηκε ειδικά για να ανιχνεύει την κατάθλιψη στους ηλικιωμένους. Η κλίμακα αυτή, βοηθά τους νοσηλευτές στην έγκαιρη διάγνωση της νόσου. Αποτελείται από τριάντα ερωτήσεις, οι οποίες βασίζονται στα συναισθήματα και στις σκέψεις που συνοδεύουν την κατάθλιψη, όπως τα βίωσαν οι ηλικιωμένοι κατά την εβδομάδα που πέρασε.

Η συγκεκριμένη κλίμακα κατάθλιψης περιλαμβάνει ερωτήσεις συναισθημάτων και όχι ερωτήσεις που αφορούν οργανικά συμπτώματα. Ο λόγος είναι ότι τα οργανικά συμπτώματα μπορεί να οφείλονται σε κάποια άλλη ασθένεια και όχι στην κατάθλιψη, κάτι που μπορεί να δημιουργήσει σφάλμα μέτρησης.

Η μορφή των ερωτήσεων είναι απλή και το είδος των ερωτήσεων είναι αυτό των ονοματικών ερωτήσεων, κλειστού τύπου, με διπλή επιλογή Ναι ή Όχι. Αυτό βοηθά στη εύκολη συμπλήρωση και στην αποφυγή λαθών. Επίσης, η συλλογή των απαντήσεων μπορεί να γίνει μέσω συνεντεύξεων, κυρίως σε περιπτώσεις αναλαβητισμού του ηλικιωμένου ή σε περίπτωση προβλήματος όρασης ή δεξιότητας γραφής. Εάν η συνολική βαθμολογία του ερωτώμενου είναι πάνω από 11, διαφαίνεται πρόβλημα κατάθλιψης. Όσο περισσότερο αυξάνεται η κλίμακα, τόσο πιο έντονη είναι η καταθλιπτική διαταραχή. Έχει πραγματοποιηθεί έλεγχος εγκυρότητας της συγκεκριμένης κλίμακας μέτρησης, με τη χρήση εσωτερικών και εξωτερικών ασθενών με ψυχικές διαταραχές, με θετικά αποτελέσματα. Πιο συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι η Γηριατρική κλίμακα κατάθλιψης ανιχνεύει την κατάθλιψη στους ενδονοσοκομειακούς ασθενείς σε υψηλά ποσοστά και ότι είναι αποτελεσματική στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (Hughes).

Έχει δημιουργηθεί μια σύντομη μορφή της Γηριατρικής κλίμακας κατάθλιψης, η GDS-15, η οποία χρησιμοποιεί μόνο 15 ερωτήσεις. Η

συγκεκριμένη μορφή χρησιμοποιείται σε άτομα με οργανικά νοσήματα που αδυνατούν να συγκεντρωθούν για αρκετή ώρα ή κουράζονται εύκολα. Σε αυτήν την περίπτωση η συνολική βαθμολογία που δηλώνει κατάθλιψη είναι το 6. Οι ερωτήσεις της σύντομης μορφής της Γηριατρικής κλίμακας κατάθλιψης αφορούν σε συναισθήματα και είναι οι εξής:

Ερώτηση: Επιλέξτε την καλύτερη απάντηση για το πώς έχετε αισθανθεί κατά την προηγούμενη εβδομάδα

1. Είστε βασικά ευχαριστημένοι από τη ζωή σας;
ΝΑΙ ΟΧΙ
2. Εγκαταλείψατε πολλές από τις δραστηριότητες και τα ενδιαφέροντά σας;
ΝΑΙ ΟΧΙ
3. Αισθάνεστε ότι η ζωή σας είναι άδεια;
ΝΑΙ ΟΧΙ
4. Βαριέστε συχνά;
ΝΑΙ ΟΧΙ
5. Είστε στα κέφια σας τον περισσότερο καιρό;
ΝΑΙ ΟΧΙ
6. Φοβάστε ότι θα σας συμβεί κάτι κακό;
ΝΑΙ ΟΧΙ
7. Αισθάνεστε χαρούμενος-η την περισσότερη ώρα;
ΝΑΙ ΟΧΙ
8. Αισθάνεστε συχνά αβοήθητος-η;
ΝΑΙ ΟΧΙ
9. Προτιμάτε να μένετε στο σπίτι παρά να βγαίνετε έξω και να κάνετε διάφορα καινούρια πράγματα; ΝΑΙ ΟΧΙ
10. Αισθάνεστε ότι έχετε περισσότερα προβλήματα με τη μνήμη σας από ότι οι άλλοι; ΝΑΙ ΟΧΙ
11. Πιστεύετε ότι είναι υπέροχο που είστε ζωντανός τώρα;
ΝΑΙ ΟΧΙ
12. Αισθάνεστε άχρηστος έτσι όπως είστε τώρα;
ΝΑΙ ΟΧΙ
13. Αισθάνεστε γεμάτος-η ενέργεια;
ΝΑΙ ΟΧΙ

14. Αισθάνεστε ότι η κατάστασή σας είναι απελπιστική;

ΝΑΙ ΟΧΙ

15. Πιστεύετε ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι σε καλύτερη κατάσταση από εσάς; ΝΑΙ ΟΧΙ

Έρευνες αποδεικνύουν τη χρησιμότητα και την αποτελεσματικότητα της παρούσας κλίμακας μέτρησης της κατάθλιψης, ως εργαλείο διαλογής και για τους ηλικιωμένους που δεν νοσηλεύονται και μένουν σπίτι τους. Η αποτελεσματικότητα της έχει παρατηρηθεί και σε άτομα μεγάλης ηλικίας, πάνω από 85 ετών. Η βαθμολογία των ερωτήσεων συσχετίζεται με την σοβαρότητα της κατάθλιψης. Όταν αυξάνεται η βαθμολογία, αυξάνεται και η σοβαρότητα της καταθλιπτικής διαταραχής του ατόμου (Hughes).

5.2 ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ

Οι νοσηλευτές καλούνται να εκτιμήσουν τη σοβαρότητα ή μη της κατάστασης σε όλες τις ασθένειες, συνεπώς και στην κατάθλιψη. Ένας τρόπος εκτίμησης της κατάστασης της νόσου είναι η χρήση της παραπάνω κλίμακας μέτρησης. Άλλες φορές εκτιμούν την κατάσταση βάση της συμπτωματολογίας και βάση κάποιων πραγμάτων που αναλύονται παρακάτω.

Παράλληλα, είναι απαραίτητο να εκτιμήσουν την κατάσταση των ηλικιωμένων και να αξιολογήσουν τη σοβαρότητα της κατάθλιψης ή όχι σε διάφορους χώρους. Η εκτίμηση υλοποιείται σε νοσοκομείο, σε κέντρα φροντίδας ηλικιωμένων ή στο σπίτι και συνήθως χρειάζεται μια διεπιστημονική συνεργασία.

Κάποιοι βασικοί τομείς που πρέπει να περιλαμβάνονται στην εκτίμηση της νόσου και πρέπει να λαμβάνει υπόψη του το νοσηλευτικό προσωπικό είναι:

- Σοβαρότητα του τρέχοντος καταθλιπτικού επεισοδίου
- Διάρκεια και παράγοντες επεισοδίου
- Προηγούμενο ιστορικό διαταραχής της διάθεσης και ιστορικό ανταπόκρισης στη θεραπεία

- Χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου και οικογενειακό ιστορικό διάθεσης ψυχικής διαταραχής
- Τρέχουσα συμπτωματολογία
- Αξιολόγηση του κινδύνου που έχει το επεισόδιο
- Παράγοντες της ζωής του ηλικιωμένου που πιθανόν του δημιουργούν πρόβλημα
- Κοινωνικό και υποστηρικτικό δίκτυο
- Τρέχοντα και προηγούμενα οργανικά προβλήματα
- Τρέχουσα φαρμακευτική αγωγή και ποσοστό συμμόρφωσης από αυτή

Οι νοσηλευτές, λοιπόν, αξιολογούν την σοβαρότητα της κατάθλιψης. Η σοβαρότητα μπορεί να αξιολογηθεί σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια ICD-10, όπως, καταθλιπτική διάθεση, απώλεια ενδιαφέροντος και ευχαρίστησης, μειωμένη ενέργεια και δραστηριότητα, μειωμένη συγκέντρωση και προσοχή, μειωμένη αυτοεκτίμηση και αυτοπεποίθηση, ιδέες ενοχής, απαισιόδοξες απόψεις, πράξεις αυτοκαταστροφικές, μειωμένη όρεξη. Πρέπει να αξιολογούν τους αιτιολογικούς παράγοντες για την ανάπτυξη κατάθλιψης, ανά περίπτωση και να προγραμματίζουν τις απαραίτητες παρεμβάσεις κάθε φορά. Ομοίως και για τους παράγοντες που συντηρούν την κατάθλιψη, όπως ο αποκλεισμός του ηλικιωμένου στο σπίτι και η άρνησή του να βγει έξω από το σπίτι. Η δυναμική της οικογένειας θα πρέπει να αξιοποιηθεί με τέτοιο τρόπο ώστε να δημιουργηθεί ένα κατάλληλο θεραπευτικό περιβάλλον και να βοηθηθεί ο ασθενής.

Είναι πιθανόν, ένα ηλικιωμένο άτομο, να μην παραπονιέται για καταθλιπτική διάθεση, γι' αυτό πρέπει να εκτιμηθεί η ανικανότητά του να ευχαριστηθεί πράγματα (ανηδονία), καθώς και κάποια ψυχολογικά συμπτώματα. Αυτό ισχύει κυρίως για ασθενείς με οργανική νόσο που παρουσιάζουν παράλληλα συμπτώματα ανορεξίας, κόπωσης, διαταραχής ύπνου, κινητικά προβλήματα. Προκειμένου να διαπιστωθεί η ανηδονία στον ηλικιωμένο, του γίνονται κάποιες ερωτήσεις σχετικές με την ευχαρίστηση. Έτσι διαφαίνεται και η κατάσταση της κατάθλιψης.

Πολλές φορές, ο νοσηλευτής, καλείται να αξιολογήσει την κατάσταση της κατάθλιψης σε άτομα που έχουν βιώσει πρόσφατα την απώλεια αγαπημένου τους προσώπου. Η καταθλιπτική διάθεση, η απώλεια ενδιαφέροντος, οι διαταραχές ύπνου, η μειωμένη όρεξη, η έλλειψη

συγκέντρωσης, η απώλεια βάρους, είναι φυσιολογικές επιπτώσεις πένθους στους ηλικιωμένους. Το ερώτημα είναι πότε αυτές οι συμπεριφορές γίνονται αίτια καταθλιπτικής διαταραχής. Η απάντηση είναι πως αν οι συμπεριφορές αυτές έχουν διάρκεια μεγαλύτερη των δύο μηνών, ξεπερνά τα φυσιολογικά επίπεδα και τείνει προς την κατάθλιψη.

Αρκετοί ηλικιωμένοι έχουν προβλήματα αντίληψης. Αυτά τα προβλήματα πρέπει να αξιολογηθούν από τους νοσηλευτές με τη χρήση κάποιων ειδικών εξετάσεων και τεστ. Πιθανόν κάποιοι ασθενείς που πάσχουν από άνοια, να είναι και καταθλιπτικοί.

Οι νοσηλευτές πρέπει, επίσης, να κάνουν εκτίμηση κινδύνου των ατόμων με καταθλιπτική διαταραχή. Πρέπει να αξιολογούν την κάθε περίπτωση συνολικά και να αποφασίζουν εάν το άτομο που νοσεί χρειάζεται επείγουσα νοσηλεία στο νοσοκομείο ή ένταξη σε κάποιο υποστηρικτικό πρόγραμμα. Σημαντική είναι η αξιολόγηση των αυτοκτονικών τάσεων του ασθενή. Άρα, είναι απαραίτητες οι σχετικές ερωτήσεις για εκτίμηση της κατάστασης. Χρήσιμη ερώτηση σε αυτή την περίπτωση είναι «Σκέφτεστε ότι δεν αξίζει πια να ζείτε;». Πρέπει να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στην απάντηση γιατί κρίνεται η ζωή το ασθενή.

Ακολουθούν κάποιοι παράγοντες που επιτείνουν τον κίνδυνο αυτοκτονίας είναι:

- Μεγάλη ηλικία, ανδρικό φύλο, απομόνωση, πρόσφατη απώλεια αγαπημένου προσώπου
- Ιστορικό προηγούμενης απόπειρας αυτοκτονίας
- Χρόνια και επώδυνη οργανική διαταραχή
- Κατάχρηση ποτού ή ουσιών
- Κλινική εικόνα σοβαρής κατάθλιψης

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας κινδύνου, που πρέπει να εκτιμηθεί, είναι η παραμέληση του εαυτού. Η παραμέληση λήψης τροφής και υγρών μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο έναν ηλικιωμένο.

Η αξιολόγηση της αντίληψης των ατόμων της τρίτης ηλικίας σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, βοηθά στον σχεδιασμό της νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης πρέπει να αξιολογηθεί σωστά και ο κοινωνικός περίγυρος του ασθενή, ώστε να είναι ενημερωμένος και να βοηθήσει το νοσηλευτή στο να πετύχει το στόχο του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

6.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Σημαντικό ρόλο στη διάγνωση των γεροντικών καταθλίψεων παίζει η κλινική εμπειρία του γιατρού. Αυτό περισσότερο οφείλεται στην άτυπη συνήθως συμπτωματολογία που εμφανίζουν οι ηλικιωμένοι ασθενείς. Προτείνεται, λοιπόν, πλήρης και λεπτομερειακός σωματικός, νευρολογικός, ψυχιατρικός έλεγχος και όταν αυτό κρίνεται απαραίτητο, διενέργεια εργαστηριακών εξετάσεων.

Γενικά θα πρέπει να αποκλεισθούν εκφυλιστικά νοσήματα του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος όπως οι νόσοι Parkinson και Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (θυρεοειδής, επινεφρίδια), νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. Θα πρέπει επίσης να αξιολογηθεί η ύπαρξη εγκεφαλικού επεισοδίου καθώς και η χρήση φαρμάκων που πιθανόν να προκαλούν εμφάνιση καταθλιπτικού συνδρόμου.

Ανάμεσα στις εργαστηριακές εξετάσεις που μπορούν να βοηθήσουν στον αποκλεισμό ορισμένων από τις παραπάνω σωματικές νόσους είναι:

- ∅ Εξετάσεις θυρεοειδούς
- ∅ Β12 και φολικό οξύ πλάσματος
- ∅ Ηλεκτρολύτες
- ∅ Γλυκόζη
- ∅ Ηπατικές δοκιμασίες
- ∅ Ταχύτητα καθίζησης

Τέλος σε ειδικές περιπτώσεις ένα ηλεκτροεγκεφαλογράφημα ή μια αξονική τομογραφία μπορούν να δώσουν πληροφορίες για την ύπαρξη αγγειακών επεισοδίων του εγκεφάλου ή εκφυλιστικών παθήσεων του Κ.Ν.Σ. Για τις ίδιες περιπτώσεις υπάρχουν και ορισμένες ψυχολογικές δοκιμασίες που μπορούν να διακρίνουν την ύπαρξη οργανικότητας. Αν όλος αυτός ο έλεγχος δεν αποκαλύψει κάποια σωματική νόσο, τότε η πιθανότητα ύπαρξης

κατάθλιψης είναι μεγάλη και μία δοκιμή με αντικαταθλιπτικά σκευάσματα πιθανότατα θα επιβεβαιώσει εκ των υστέρων τη διάγνωση.

Η διάγνωση της κατάθλιψης στο άτομο της τρίτης ηλικίας πρέπει να περιλαμβάνει:

- Πλήρες ιστορικό από τον πάσχοντα και αυτούς που τον φροντίζουν.
- Πλήρη σωματική εξέταση, νευρολογική και ηλεκτροκαρδιογραφική.
- Προσδιορισμό λειτουργίας θυρεοειδούς και θυρεοτρόπου ορμόνης.
- Ολιγοήμερη ενδεχομένως εισαγωγή στο νοσοκομείο ώστε να διακοπεί μια ακατάλληλη θεραπεία την οποία ήδη υφίσταται (π.χ. μεγάλες δόσεις τρικυκλικών αντικαταθλιπτικών με επακόλουθη συγχυτική κατάσταση ή εξάντληση από βενζοδιαζεπίνες κ.λ.π.).
- Χρήση κλιμάκων εκτιμήσεως της κατάθλιψης.
- Ανάληψη όσο είναι δυνατόν της περίπτωσης από ομάδα αποτελούμενη από ψυχίατρο, ψυχολόγο, κοινωνικό λειτουργό, νοσηλεύτη και εργοθεραπευτή.

Για να οριστικοποιηθεί η διάγνωση πρέπει τα παρακάτω συμπτώματα να είναι παρόντα συνεχώς για δεκαπέντε τουλάχιστον ημέρες, να επηρεάζουν τη λειτουργικότητα του ατόμου και να μην αποτελούν αντίδραση πένθους σε μια απώλεια.

6.2 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Καταρχήν, θα πρέπει να πούμε ότι οι εφαρμοζόμενες σήμερα θεραπευτικές τεχνικές στην κατάθλιψη έχουν αποδειχτεί αποτελεσματικές σε ικανοποιητικό βαθμό και γενικά ότι η πρόγνωση της κατάθλιψης είναι καλή. Το φάσμα των θεραπευτικών προσεγγίσεων είναι βέβαια μεγάλο και περιλαμβάνει και σωματικές και ψυχοθεραπευτικές μεθόδους. Αυτό που έχει σημασία είναι και πάλι ότι ο κλινικός θα πρέπει να είναι έτοιμος να χρησιμοποιήσει κατάλληλο συνδυασμό μεθόδων - σωματικών και/ή ψυχοθεραπευτικών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή. Παρακάτω θα αναφερθούμε στις βασικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην κατάθλιψη.

6.2.1 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ατομική ψυχοθεραπεία που βασίζεται στις ψυχοδυναμικές αρχές - ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία - είναι ίσως η πιο διαδεδομένη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση στην κατάθλιψη. Φυσικά η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία δίνει έμφαση στις προηγούμενες εμπειρίες και βιώματα του ατόμου και στα ασυνείδητα κίνητρα που προσδιορίζουν τη συμπεριφορά του. Η κατάθλιψη, σαν σύνδρομο, βοηθιέται στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία έμμεσα, σαν αποτέλεσμα της βελτίωσης των διαπροσωπικών σχέσεων, της εμπιστοσύνης προς τα άλλα άτομα, των αμυντικών μηχανισμών, της συναισθηματικής ευαισθησίας, της παραγωγικότητας και δημιουργικότητας κτλ. Η βελτίωση αυτή, βέβαια, έρχεται μέσα από την εξέταση, αναβίωση και ερμηνεία σημαντικών προβλημάτων και συγκρούσεων της παιδικής ηλικίας καθώς επανεμφανίζονται στη μεταβιβαστική σχέση θεραπευτή - ασθενή.

Τα παραπάνω όμως, αφορούν τη μακράς διάρκειας ψυχοδυναμική θεραπεία, η οποία και ενδείκνυται για τις περιπτώσεις που η ζωή του είναι χρόνια διαταραγμένη από τις ασυνείδητες συγκρούσεις του (και εφόσον βέβαια ο ασθενής είναι κινητοποιημένος).

Πολλές φορές, στην κατάθλιψη, βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (6 ως 20 συνεδρίες) μπορεί να αποβεί πολύ αποτελεσματική (και να ακολουθηθεί ή όχι αργότερα από μακράς διάρκειας). Η βραχείας διάρκειας αυτή θεραπεία μπορεί να είναι υποστηρικτική με χαρακτηριστικά επείγουσας παρέμβασης και ανακούφισης συμπτωμάτων ή μπορεί να χρησιμοποιήσει συγκεκριμένες εστιακές τεχνικές να είναι δηλαδή βραχεία δυναμική ψυχοθεραπεία.

Πρόσφατα έχει διαδοθεί σημαντικά η διαπροσωπική θεραπεία, που είναι επίσης ουσιαστικά μια βραχείας διάρκειας ψυχοθεραπεία (12-16 συνεδρίες). Η διαπροσωπική θεραπεία περιλαμβάνει συνδυασμό υποστήριξης (ενθάρρυνση, καθοδήγηση στις καθημερινές ανάγκες του ατόμου), φαρμακοθεραπείας, διδασκαλίας της φύσης, των χαρακτηριστικών και της πορείας του συνδρόμου της κατάθλιψης και κυρίως εστιάζεται στην αναγνώριση και βελτίωση του χειρισμού διαπροσωπικών προβλημάτων, όπως πένθος και κάθε μορφής απώλεια, διαπροσωπικές διαμάχες, αλλαγές

ρόλου στη ζωή, διαπροσωπικές ανεπάρκειες κτλ. που θεωρούνται ότι σχετίζονται με την κατάθλιψη.

Η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων και της αυτοεκτίμησης, καθώς παρέχει υποστήριξη, αναγνώριση διαπροσωπικών προβλημάτων και εσφαλμένων παραδοχών και την ευκαιρία για δοκιμή νέων διαπροσωπικών τεχνικών που είναι πιο προσαρμοστικές και ανυψώνουν την αυτοεκτίμηση.

Η γνωστική θεραπεία είναι βέβαια μια ειδική θεραπευτική τεχνική, που χρησιμοποιείται προοδευτικά και περισσότερο στη θεραπεία της κατάθλιψης. Ήδη, αναφερθήκαμε στο θεωρητικό της υπόβαθρο. Πρόκειται, ουσιαστικά για βραχεία ψυχοθεραπεία, με δομημένες συνεδρίες, που στοχεύει στην αναγνώριση και διόρθωση αρνητικών νοητικών σχημάτων του ασθενή, που σύμφωνα με τη γνωστική θεωρία προκαλούν την κατάθλιψη. (www.diagnostiki.gr. 2012).

6.2.2 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

Υπάρχουν πολλών ειδών αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ο μηχανισμός με τον οποίο λειτουργούν διαφέρει από φάρμακο σε φάρμακο, αλλά σε γενικές γραμμές τα φάρμακα αυτά επαναφέρουν την ισορροπία των νευρομεταβιαστών στον εγκέφαλο, ανεβάζοντας τα επίπεδα της σεροτονίνης, νοραδρεναλίνης και ντοπαμίνης στις εγκεφαλικές νευρικές συνάψεις.

1. ΤΡΙΚΥΚΛΙΚΑ (TriCyclic Antidepressants - TCA) ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ

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

είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικά στην μέτρια ή σοβαρή κατάθλιψη (ειδικά σε νοσοκομειακούς ασθενείς).

Εκτός από την κατάθλιψη, έχουν ενδείξεις και στην διαταραχή πανικού, την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή και τις φοβίες.

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

Η θεραπεία με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά πρέπει να ξεκινάει με χαμηλή δοσολογία και στη συνέχεια με σταδιακή αύξηση της δόσης, σε διαιρεμένες δόσεις ή εφάπαξ το βράδυ.

Μερικά τρικυκλικά έχουν διεγερτική δράση και πρέπει να λαμβάνονται το πρωί, ενώ άλλα έχουν κατασταλτική δράση και γι' αυτό είναι προτιμότερο να λαμβάνονται το βράδυ. Στην οικογένεια των TCA ανήκουν:

- Ø αμιτριπτυλίνη (amitriptyline)
- Ø χλωριμιπραμίνη (ή κλομιπραμίνη, clomipramine)
- Ø δοσουλεπίνη (dosulepin)
- Ø δοθιεπίνη (dothiepin)
- Ø ιμιπραμίνη (imipramine)
- Ø λοφεπραμίνη (lofepramine)
- Ø νοτριπτυλίνη (nortriptyline)
- Ø τριμιπραμίνη (trimipramine)
- Ø τραζοδόνη (trazodone)
- Ø δοξεπίνη (doxepin).

Πιθανές παρενέργειες μπορεί να είναι η υπνηλία, αύξηση σωματικού βάρους, σκοτοδίνη (ζάλη) κατά την έγερση, θολή όραση (προβλήματα εστίασης της όρασης σε μικρή απόσταση), δυσκοιλιότητα, δυσκολία ούρησης (κυρίως σε ηλικιωμένους άνδρες με διογκωμένο προστάτη αδένα), εφίδρωση, ναυτία και έμετος, διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας, ξηρότητα στόματος.

Θεραπεία με TCA θα πρέπει να αποφεύγουν τα ηλικιωμένα και ευπαθή άτομα καθώς και ασθενείς με ιστορικό καρδιακών προβλημάτων. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορούν να προκαλέσουν θάνατο από

υπερβολική δόση και θα πρέπει να αποφεύγονται σε περιπτώσεις ατόμων με αυτοκτονικό ιδεασμό. (Μηλιόρδου, 2011).

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

Οι αναστολείς μονοαμινικής οξειδάσης αυξάνουν την ποσότητα των νευροδιαβιβαστών στην σύναψη εμποδίζοντας την διάσπαση τους από ένα ένζυμο που ονομάζεται μονοαμινοοξειδάση. Αυτό γίνεται αναστέλλοντας την δράση του ενζύμου. Το ένζυμο αυτό όμως έχει και άλλες σημαντικές λειτουργίες όπως η διάσπαση μιας χημικής ένωσης που ονομάζεται τυραμίνη και περιέχεται σε ένα μεγάλο αριθμό τροφών (τυρί, παστά ψάρια και κρέατα, φασόλια, κόκκινο κρασί, προϊόντα σόγιας, συκώτι, πατέ, γιαούρτι και άλλα). Η μεγάλη ποσότητα τυραμίνης προκαλεί αύξηση της αρτηριακής πίεσης, η οποία με την σειρά της προκαλεί έντονη, σφύζουσα κεφαλαλγία, ταχυκαρδία και πιθανώς αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο. Όσοι παίρνουν MAOI πρέπει να ακολουθούν αυστηρή δίαιτα και να προσέχουν πολύ στην χρήση άλλων φαρμάκων.

Για να ανασυνθέσει ο οργανισμός την μονοαμινοοξειδάση, απαιτούνται δύο εβδομάδες. Έτσι, όταν κάποιος διακόπτει το φάρμακο, πρέπει να συνεχίζει την δίαιτα για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Το ίδιο διάστημα αποχής χρειάζεται και για προχωρήσει κάποιος στην λήψη άλλου αντικαταθλιπτικού φάρμακου.

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

Στην οικογένεια των MAOI ανήκουν:

- Ø Φαινελζίνη (phenelzine)
- Ø Τρανυλκυπρομίνη (tranylcypromine)
- Ø Ισοκαρβοξαζιδη (isocarboxazid)

Στην οικογένεια των RIMA ανήκουν:

Ø Μοκλοβεμίδη

Λόγω των σοβαρών αλληλεπιδράσεων με τροφές και άλλα φάρμακα, τα MAOI χρησιμοποιούνται πλέον σπάνια. Οι γιατροί στρέφονται συνήθως σε αυτά όταν τα υπόλοιπα δεν έχουν αποτέλεσμα (Μηλιόρδου, 2011).

3. ΕΚΛΕΚΤΙΚΟΙ (ή ΕΠΙΛΕΚΤΙΚΟΙ) ΑΝΑΣΤΟΛΕΙΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΣΕΡΟΤΟΝΙΝΗΣ (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors - SSRIs)

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

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

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

Στην οικογένεια των SSRI ανήκουν:

- Ø Φλουοξετίνη (fluoxetine)
- Ø Φλουβοξαμίνη (flvoxamine)
- Ø Παροξετίνη (paroxetine)
- Ø Σετραλίνη (sertraline)
- Ø Σιταλοπράμη (citalopram)

Η φλουοξετίνη είναι η δραστική ουσία του γνωστού σε όλους μας Prozac (στην Ελλάδα κυκλοφορεί με την ονομασία Ladose). Έχει ονομαστεί το "χάπι της ευτυχίας" και έχει συνταγογραφηθεί σε εκατομμύρια ανθρώπους στον κόσμο (ειδικά στην Αμερική) ακόμη και σε άτομα με ήπια κατάθλιψη, τα

οποία πιθανότατα θα βελτιώνονταν χωρίς φαρμακευτική αγωγή. Παραμένει το πιο διαδεδομένο αντικαταθλιπτικό. Πολλοί επιστήμονες σήμερα ανησυχούν για την υπερβολικά συχνή και "εύκολη" συνταγογράφηση του.

Οι παρενέργειες των SSRI είναι πιο ήπιες από αυτές των τρικυκλικών. Την πρώτη εβδομάδα αγωγής μπορεί το άτομο να νιώσει ήπιο άγχος, τάση για εμετό και ήπιους πονοκεφάλους, παρενέργειες που υποχωρούν με την συνέχιση της θεραπείας. Άλλες συχνές παρενέργειες είναι: υπνηλία, σεξουαλική δυσλειτουργία (καθυστερημένη εκσπερμάτιση, ανοργασμία, στυτική δυσλειτουργία, μείωση της λίμπιντο: οι παρενέργειες αυτού του είδους συμβαίνουν σε ποσοστό 30% των ασθενών).

Πρέπει να γίνεται προσεκτική εκτίμηση για το ενδεχόμενο κινδύνου απόπειρας αυτοκτονίας, τόσο στην αρχή όσο και στην πορεία της θεραπείας. Σε σπάνιες περιπτώσεις, έχει αναφερθεί ότι ασθενείς μπορούν να εκδηλώσουν αυξημένο κίνδυνο απόπειρας αυτοκτονίας στη διάρκεια θεραπείας με SSRI. Οι ασθενείς με κίνδυνο αυτοκτονίας δεν θα πρέπει να διατηρούν οι ίδιοι μεγάλη ποσότητα φαρμάκου. Η οικογένεια θα πρέπει να τους επιτηρεί διακριτικά, ιδιαίτερα στην αρχή της θεραπείας.

Αλληλεπιδράσεις: Επί συγχορηγήσεως με MAOI ή με το βότανο St. John's (St. John's wort = βότανο του Αγίου Ιωάννη, παράγεται από το φυτό *Hypericum perforatum* και χρησιμοποιείται εναλλακτικά για την θεραπεία κυρίως ήπιων μορφών κατάθλιψης), είναι δυνατόν η σεροτονίνη να αυξηθεί σε τοξικά επίπεδα και να εμφανιστεί σεροτονινεργικό σύνδρομο (ή σύνδρομο της σεροτονίνης). Είναι μια δυνητικά επικίνδυνη για την ζωή κατάσταση. Τα συμπτώματα του συνδρόμου είναι: γρήγορη κίνηση των ματιών, αύξηση των τενόντιων αντανάκλαστικών, ακούσιες μυϊκές συσπάσεις, εξωπυραμιδικά συμπτώματα, απώλεια συντονισμού των κινήσεων και αδεξιότητα (γενικά αστάθεια του αυτόνομου κεντρικού συστήματος), ανησυχία και διέγερση, αίσθημα μέθης και ζάλης, συστολή μυών και χαλάρωση στο σαγόι, ιδρώτας, μυϊκές συσπάσεις, δυσκαμψία, υψηλή θερμοκρασία σώματος, διανοητικές αλλαγές (σύγχυση, υπομανία), τρόμος, διάρροια, απώλεια συνείδησης, κώμα και τελικά θάνατος (Crimp, 2002).

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

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

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

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

Στην οικογένεια των SNRI ανήκουν:

- Ø Βενλαφαξίνη (venlafaxine)
- Ø Ντουλοξετίνη (duloxetine)

Οι παρενέργειες των SNRIs είναι παρόμοιες με εκείνες των SSRIs (ξηρό στόμα, γαστρεντερικές διαταραχές, σεξουαλικές δυσλειτουργίες, υπέρταση, κ.ά.)

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

NaSSA είναι ένα αρκτικόλεξο για τα νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά. Το μοναδικό μέχρι στιγμής φάρμακο αυτής της κατηγορίας είναι η μιρταζαπίνη (Mirtazapine): εγκρίθηκε το 1996 για την θεραπεία της ήπιας έως βαριάς κατάθλιψης.

Συνδυάζει αντισταμινική, νοραδρενεργική και σεροτονινεργική δράση. Σε χαμηλή δοσολογία, υπερισχύει η αντισταμινική δράση και προκαλεί

καταστολή και αύξηση του σωματικού βάρους. Σε υψηλότερες δόσεις δρα περισσότερο ως νοραδρενεργικό και κινητοποιεί τον ασθενή.

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

Υπάρχουν ενδείξεις ότι είναι χρήσιμη και σε ψυχικές νόσους όπου δεν έχει επίσημα πάρει έγκριση: την διαταραχή πανικού, την ψυχαναγκαστική διαταραχή, το άγχος και την μετατραυματική διαταραχή (Crimp, 2002).

Οι συχνότερες παρενέργειες είναι:

1. η αύξηση της όρεξης και του βάρους (1 στα 6 άτομα). Η μιραταζαπίνη μπορεί να αυξήσει και τα επίπεδα χοληστερίνης και τριγλυκεριδίων στο αίμα. Πρέπει να σημειώσουμε όμως ότι η απώλεια βάρους είναι ένα συχνό σύμπτωμα της κατάθλιψης. Η επιτυχής αντικαταθλιπτική θεραπεία συνοδεύεται συνεπώς από την κανονικοποίηση του βάρους του σώματος. Η επιπλέον επιβάρυνση με κιλά, μπορεί να χρειαστεί κατάλληλη διατροφική αντιμετώπιση.

2. η υπνηλία (υποχωρεί μετά τις πρώτες ημέρες). Περίπου οι μισοί από τους ασθενείς που παίρνουν μιραταζαπίνη αναπτύσσουν την υπνηλία. Για αυτόν τον λόγο, συνιστάται η βραδινή λήψη της, οπότε μπορεί να βοηθήσει και στον ύπνο (η αϋπνία ανήκει στα βασικά βιολογικά συμπτώματα της κατάθλιψης). Η επιτυχής αντικαταθλιπτική θεραπεία συνοδεύεται συνεπώς από την κανονικοποίηση της αϋπνίας), παρόλο που δεν είναι τυπικό υπνωτικό.

3. ξηροστομία (1 στα 4 άτομα).

6. ΑΛΛΑ

ΑΝΑΣΤΟΛΕΑΣ ΕΠΑΝΑΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΝΟΡΕΠΙΝΕΦΡΙΝΗΣ ΚΑΙ ΝΤΟΠΑΜΙΝΗΣ. Σε αυτή την κατηγορία ανήκει η βουπροπιόνη και δρα εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη της νορεπινεφρίνης και της ντοπαμίνης από το κύτταρο που την απελευθέρωσε.

Τέλος να τονίσουμε πως υπάρχουν σε εξέλιξη αρκετές έρευνες για την δημιουργία νέων φαρμάκων με στόχο την καλύτερη αποτελεσματικότητα και τις λιγότερες παρενέργειες.

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:

Αυτά χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις ανθεκτικής κατάθλιψης για την ενίσχυση της δράσης και της αποτελεσματικότητας της αντικαταθλιπτικής αγωγής. Παραδείγματα: λίθιο, θυρεοειδική ορμόνη (θυροξίνη).

ΣΤΑΘΕΡΟΠΟΙΗΤΕΣ ΔΙΑΘΕΣΗΣ:

Χρησιμοποιούνται για την σταθεροποίηση της διάθεσης (πρόληψη της υποτροπής μέσω της διατήρησης της διάθεσης σε σταθερά επίπεδα), είτε σε άτομα με διπολική διαταραχή, είτε σε άτομα που πάσχουν από σοβαρή, υποτροπιάζουσα κατάθλιψη. Σε αυτή την κατηγορία ανήκουν: το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη, το βαλπροϊκό νάτριο, η λαμοτριγίνη, η γκαμπαπεντίνη, στην πραγματικότητα τα τέσσερα τελευταία ανήκουν στα αντισπασμωδικά – αντιεπιληπτικά φάρμακα και χρησιμοποιούνται για νευρολογικές νόσους όπως η επιληψία. Όμως, έχει αποδειχθεί ότι διαθέτουν και δράση σταθεροποιητή διάθεσης (Greenstein, 2007).

ΑΝΤΙΨΥΧΩΣΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ:

Στις περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης όπου αναπτύσσονται παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις και παραισθήσεις (δηλαδή υπάρχει μειωμένη επαφή με την πραγματικότητα), η αγωγή περιλαμβάνει εκτός από αντικαταθλιπτικά και αντιψυχωσικά φάρμακα. Παραδείγματα αντιψυχωσικών: ρισπεριδόνη, αλοπεριδόλη, ολανζαπίνη, κετιαπίνη κ.ά.

ΑΓΧΟΛΥΤΙΚΑ - ΒΕΖΟΔΙΑΖΕΠΙΝΕΣ:

Συχνά κατάθλιψη και άγχος συνυπάρχουν. Συνήθως, τα αντικαταθλιπτικά ελέγχουν και τα δύο. Επειδή όμως τα αντικαταθλιπτικά χρειάζονται αρκετό χρόνο για να δράσουν ικανοποιητικά, ο γιατρός μπορεί να χορηγήσει και αγχολυτικό, για το αρχικό διάστημα της θεραπείας. Επίσης, μπορεί να χορηγήσει αγχολυτικό (παράλληλα με τα αντικαταθλιπτικά), στην περίπτωση που το άγχος είναι σοβαρό. Τα αγχολυτικά (ή αλλιώς ελάσσονα

ηρεμιστικά) δρουν γρήγορα (συνήθως μέσα σε 30 έως 90 λεπτά) μειώνοντας το άγχος, ωστόσο δεν αποτελούν θεραπεία καθώς αντιμετωπίζουν μόνο πρόσκαιρα το σύμπτωμα. Επιπλέον, η μακρόχρονη χρήση τους (περισσότερο από μερικές εβδομάδες) προκαλεί εθισμό. Παραδείγματα αγχολυτικών: αλπραζολάμη, διαζεπάμη, βρωμαζεπάμη, λοραζεπάμη, πραζεπάμη (Greenstein, 2007).

ΥΠΝΩΤΙΚΑ:

Σε περιπτώσεις σοβαρών προβλημάτων ύπνου, χορηγούνται κατασταλτικά αντικαταθλιπτικά (προκαλούν υπνηλία, π.χ. τραζοδόνη, δοξεπίνη). Όμως, ορισμένες φορές δεν είναι δυνατή η συνταγογράφηση ενός κατασταλτικού αντικαταθλιπτικού και τότε ενδέχεται να συνταγογραφηθεί και υπνωτικό χάπι. Τα υπνωτικά θα πρέπει να χρησιμοποιούνται για μικρό χρονικό διάστημα, το πολύ δύο εβδομάδες και ακόμη κι έτσι είναι καλύτερα να λαμβάνονται διακεκομμένα (όχι καθημερινά), καθώς αναπτύσσουν εθισμό και συμπτώματα στέρησης. Παραδείγματα υπνωτικών: τεμαζεπάμη, φθοριονιπραζεπάμη (ανήκουν στην οικογένεια των βενζοδιαζεπινών, βλ. παραπάνω), ζολπιδέμη, ζοπικλόνη κ.ά.(Greenstein, 2007).

6.2.3 ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Στην ανασκόπηση αυτή περιγράφονται οι μη φαρμακευτικές θεραπείες που εφαρμόζονται στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Τονίζονται ιδιαίτερα τα κριτήρια επιλογής της κάθε μεθόδου, όπως:

- Ø αποτελεσματικότητα
- Ø ασφάλεια
- Ø ανοχή
- Ø ανεπιθύμητες ενέργειες
- Ø συμμόρφωση των ασθενών, που αποτελούν βασικές προϋποθέσεις για την επιτυχή έκβαση της εφαρμογής.

Στη συνέχεια αναφέρονται οι κυριότερες θεωρίες που σχετίζονται με το

μηχανισμό δράσης των διαφόρων θεωριών.

Η *ηλεκτροσπασμοθεραπεία* θεωρείται ταχύτερη και αποτελεσματικότερη της φαρμακοθεραπείας στην αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης, ενώ περιορίζει και το χρόνο της νοσηλείας των ασθενών. Η σύγχρονη εφαρμογή της έχει τροποποιήσει ριζικά τους μύθους και τις προκαταλήψεις απέναντι της μειώνοντας το φόβο των ασθενών και αλλάζοντας τη στάση των συγγενών. Η στέρηση ύπνου χωρίς τη χρήση ψυχοφαρμάκων εμφανίζει σημαντική αντικαταθλιπτική αποτελεσματικότητα, κυρίως στην συναισθηματική διαταραχή με ταχεία εναλλαγή επεισοδίων.

Η *φωτοθεραπεία*, εφαρμόζεται κυρίως στην εποχιακή αλλά και στη μη εποχιακή κατάθλιψη.

Η *ψυχοχειρουργική*, με την εφαρμογή συγχρόνων στερεοτακτικών τεχνικών ,χρησιμοποιείται σε καταστάσεις στις οποίες ο ασθενής δεν έχει απαντήσει σε εντατική θεραπεία με όλες τις διαθέσιμες θεραπείες.

Οι ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες, πέρα από τη μεμονωμένη εφαρμογή τους, συνδυαζόμενες με φαρμακοθεραπεία φαίνεται να ενισχύουν σημαντικά την αποτελεσματικότητα των αντικαταθλιπτικών.

Συμπερασματικά οι μη φαρμακευτικές μέθοδοι αποτελούν αξιόπιστες, εναλλακτικές της φαρμακοθεραπείας, θεραπείες στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης κυρίως σε ασθενείς που δεν δέχονται τις ανεπιθύμητες ενέργειες των φαρμάκων ,που υιοθετούν αρνητική στάση απέναντι τους, μειωμένη συμμόρφωση και έχουν ιστορικό αποπειρών αυτοκαταστροφής με αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Παπαδημητρίου, 1999).

6.2.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΕΙΓΟΥΣΩΝ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΩΝ

Το πρώτο μέλημα του κλινικού νοσηλευτή είναι οι επείγουσες καταστάσεις. Η αυτοκτονία αποτελεί οπωσδήποτε τον μεγαλύτερο κίνδυνο για τα καταθλιπτικά άτομα και γι' αυτό θα πρέπει να εκτιμάται η πιθανότητα αυτοκτονίας σε κάθε άτομο που παρουσιάζει κατάθλιψη. Άλλωστε, τα άτομα με διαταραχές της διάθεσης αποτελούν την κατ' εξοχήν ομάδα πληθυσμού που αυτοκτονεί. Σκέψεις ή απόπειρες αυτοκτονίας μπορεί να είναι φανερές ή συγκαλυμμένες και έμμεσες π.χ. κατάχρηση ψυχοδραστικών ουσιών,

επικίνδυνη οδήγηση κτλ. Στην κατάθλιψη μπορεί να υπάρξει και κίνδυνος ανθρωποκτονίας που δεν πρέπει να διαφύγει της προσοχής. Ο κίνδυνος αυτός συνδέεται κυρίως με ψυχωτική κατάθλιψη - με παραληρητικές ιδέες όπως π.χ. «τα παιδιά θα είναι καλύτερα αν πεθάνουν» (Οικονόμου).

Οξεία ψυχωτική κατάθλιψη όπως και άρνηση λήψης τροφής ή πλήρης ανορεξία με τη συνεπακόλουθη απίσχναση και εξάντληση επίσης αποτελούν επείγουσες καταστάσεις, που πρέπει να αντιμετωπισθούν με νοσηλεία, Γενικότερα οι ενδείξεις νοσηλείας ενός καταθλιπτικού ασθενή είναι:

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

6.2.5 ΣΩΜΑΤΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Τόσο τα φάρμακα όσο και το ηλεκτροσόκ είναι χρήσιμα και αποτελεσματικά στη θεραπεία των καταθλιπτικών διαταραχών - κυρίως της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και ιδιαίτερα αν υπάρχουν ψυχωτικά στοιχεία και/ή σωματικά (φυτικά) συμπτώματα.

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία των οξέων καταθλιπτικών επεισοδίων, την ανακούφιση των πιο χρόνιων καταθλιπτικών συμπτωμάτων και την πρόληψη υποτροπιάζόντων καταθλιπτικών επεισοδίων. Τα παλιότερα και πιο διαδεδομένα είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά. Άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι οι αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) και νεότερα αντικαταθλιπτικά όπως π.χ. οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ).

Ο μηχανισμός δράσης των αντικαταθλιπτικών βασίζεται στην ικανότητα

τους να ενδυναμώνουν τη δράση της νορεπινεφρίνης και σεροτονίνης στον εγκέφαλο. Μελέτες με τα τρικυκλικά φάρμακα έχουν δείξει ότι μεταξύ 50% και 85% των ασθενών με μονοπολική κατάθλιψη βελτιώνονται ύστερα από θεραπεία με αυτά. Ορισμένα χαρακτηριστικά θεωρούνται ότι προλέγουν καλή απάντηση στη θεραπεία με αντικαταθλιπτικά (και ταυτόχρονα αποτελούν και ενδείξεις για τη χορήγηση τους). Τέτοια είναι: η παρουσία φυτικών συμπτωμάτων όπως αϋπνία, απώλεια βάρους, ψυχοκινητική επιβράδυνση, η ύπαρξη μελαγχολικών στοιχείων (προσδιοριστής με μελαγχολικά στοιχεία), ιστορικό προηγούμενων καταθλιπτικών επεισοδίων (ιδιαίτερα αν απάντησαν καλά στα αντικαταθλιπτικά φάρμακα), σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητας από την κατάθλιψη, σχετικά οξεία έναρξη των συμπτωμάτων, οικογενειακό ιστορικό διαταραχής της διάθεσης κ.ά. Τα νεότερα αντικαταθλιπτικά και ιδιαίτερα οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (ΕΑΕΣ) έχουν δείξει ότι είναι αποτελεσματικά, καλώς ανεκτά και ασφαλή σε υπερβολική δόση. Έτσι, μαζί με τα τρικυκλικά και οι ΕΑΕΣ θεωρούνται πια φάρμακα πρώτης γραμμής για την κατάθλιψη.

Όσον αφορά τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ), είναι κατά κάποιο τρόπο η δεύτερη γραμμή επίθεσης στην κατάθλιψη, γιατί είναι λιγότερο αποτελεσματικά φάρμακα και με σοβαρότερες παρενέργειες από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ (που δεν ισχύει όμως για τους νεότερους αναστρέψιμους αναστολείς της ΜΑΟ). Είναι χρήσιμα φάρμακα, όμως, για τις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη έχει άτυπα συμπτώματα (Crimp, 2002).

Το ηλεκτροσόκ κυρίως ενδείκνυται στις περιπτώσεις εκείνες που η κατάθλιψη είναι τόσο βαριά ώστε να κινδυνεύει η ζωή του αρρώστου και που η ταχεία βελτίωση είναι αναγκαία (π.χ. πολύ σοβαρός κίνδυνος αυτοκτονίας, «κατατονική» κατάθλιψη) ή σε περιπτώσεις που αντενδείκνυται η χορήγηση αντικαταθλιπτικών (καρδιαγγειακή νόσος, εγκυμοσύνη). Αν και εφαρμόζονται διάφορα σχήματα, συνήθως χορηγούνται 6 ως 10 συνεδρίες με ρυθμό 3 ή 4 συνεδριών την εβδομάδα. Η απάντηση συνήθως είναι ταχεία - μέσα σε μέρες παρά σε εβδομάδες. Μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ, οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Σημειώνουμε ότι γενικά αρχίζουμε τη θεραπεία με κάποιο τρικυκλικά

αντικαταθλιπτικό ή κάποιον ΕΑΕΣ και αν δεν υπάρξει απάντηση μέσα σε 6-8 εβδομάδες χρησιμοποιούμε κάποιο άλλο τρικυκλικό ή ΕΑΕΣ (με διαφορετικό χημικό προφίλ όσον αφορά την επίδραση του στη νορεπινεφρίνη, σεροτονίνη αλλά και στην ακετυλχολίνη), έναν αναστολέα της ΜΑΟ, ένα άλλο νεότερο αντικαταθλιπτικό ή ηλεκτροσόκ (ή ενίσχυση με λίθιο της δράσης του τρικυκλικού). Όσον αφορά την επιλογή του κατάλληλου αντικαταθλιπτικού πρώτης γραμμής (ποιου από τα τρικυκλικά ή τους ΕΑΕΣ) παρά τα όσα έχουν προταθεί, η αλήθεια παραμένει ότι ακόμη η επιλογή αυτή παραμένει σε μεγάλο βαθμό εμπειρική (Crimp, 2002).

Το λίθιο χρησιμοποιείται κυρίως ως αντιμανιακό φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής τόσο των μανιακών όσο και των καταθλιπτικών επεισοδίων της Διπολικής διαταραχής. Πρόσφατες μελέτες, όμως, έχουν δείξει ότι το λίθιο είναι χρήσιμο φάρμακο και για την πρόληψη της υποτροπής καταθλιπτικών επεισοδίων σε μονοπολικούς καταθλιπτικούς, οπότε θεραπεία συντήρησης με λίθιο μπορεί να χρησιμοποιηθεί αντί θεραπείας συντήρησης με τρικυκλικά ή άλλα αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Μείζονα ηρεμιστικά (αντιψυχωτικά ή νευροληπτικά) θα χρησιμοποιηθούν στην κατάθλιψη όταν υπάρχουν ψυχωτικά συμπτώματα όπως παραληρητικές ιδέες, ψευδαισθήσεις, σύγχυση ή υπερβολικό άγχος (ψυχωτική ή διεγερμένη κατάθλιψη) σε συνδυασμό φυσικά με τρικυκλικά ή ηλεκτροσόκ, που φαίνεται μόνα τους συνήθως να μη φθάνουν στις περιπτώσεις αυτές.

Όσον αφορά τα καταπραϋντικά ή υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά (βενζοδιαζεπίνες κτλ.) μπορεί να χρησιμοποιηθούν μερικές φορές για να ανακουφίσουν το άγχος, την ανησυχία, τον εκνευρισμό και την αϋπνία - συμπτώματα που χαρακτηρίζουν το καταθλιπτικό σύνδρομο. Πρέπει, όμως, να σημειώσουμε ότι αφενός τα φάρμακα αυτά μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη και να επιβαρύνουν έτσι την κλινική εικόνα και αφετέρου τα συμπτώματα στα ποία απευθύνονται και ιδιαίτερα η αϋπνία θεραπεύονται καλύτερα με τα αντικαταθλιπτικά παρά με αυτά τα φάρμακα (γιατί όπως είπαμε αποτελούν συμπτώματα του καταθλιπτικού συνδρόμου και υποχωρούν όταν υποχωρήσει η κατάθλιψη). Επομένως, αν λάβουμε υπόψη και τον κίνδυνο εθισμού, ίσως είναι καλύτερο να αποφεύγονται, όσο είναι δυνατό, τα υπνωτικά και τα ελάσσονα ηρεμιστικά (Crimp, 2002).

6.2.6 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕ ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Όταν η φαρμακευτική θεραπεία δεν βοηθά έναν ασθενή να βελτιώσει την κατάστασή του, οι κλινικοί εξετάζουν την πιθανότητα της εφαρμογής της ηλεκτροσπασμοθεραπείας (ECT), που αποτελεί μία περισσότερο δραστική θεραπεία αλλά και την πιο αμφιλεγόμενη, μετά την ψυχοχειρουργική, θεραπεία για τις ψυχολογικές διαταραχές. Στη θεραπεία αυτή εφαρμόζεται ηλεκτρικό σοκ κατευθείαν στον εγκέφαλο για λιγότερο από ένα δευτερόλεπτο παράγοντας μία κρίση και μία σειρά σύντομων σπασμών που συνήθως διαρκούν λίγα λεπτά. Η θεραπεία αυτή στις μέρες μας αποτελεί μία ασφαλή αποτελεσματική θεραπεία για πολύ σοβαρές περιπτώσεις κατάθλιψης που δεν παρουσίασαν βελτίωση με άλλες θεραπευτικές αγωγές (Klerman, 1988). Πλέον, οι ασθενείς υποβάλλονται σε αναισθησία προκειμένου να μειωθεί η ταλαιπωρία τους, και τους χορηγούνται μυοχαλαρωτικά φάρμακα ώστε να αποφευχθεί η θλάση των οστών από τους σπασμούς κατά τη διάρκεια της θεραπείας, η οποία εφαρμόζεται μία φορά μέρα παρά μέρα και για 6 έως 10 θεραπείες / ανάλογα με τη βελτίωση του ασθενή.

Όσον αφορά τις παρενέργειες, αυτές είναι λίγες και συμπυκνώνονται στη βραχύχρονη απώλεια μνήμης και στη σύγχυση που εξαφανίζονται μετά από μια με δύο εβδομάδες. Η αμφιλεγόμενη φύση της ηλεκτροσπασμοθεραπείας μείωσε τη χρήση της κατά τη διάρκεια των δεκαετιών του 1970 και του 1980 και δεν είναι πιθανό να χρησιμοποιηθεί ξανά ευρέως σύντομα. (Αναγνωστόπουλος, 2008).

6.2.7 ΣΥΝΔΥΑΣΜΟΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ

Καμία θεραπεία, σωματική ή ψυχική, δεν μπορεί να διεκδικήσει την αποκλειστικότητα για την κατάθλιψη. Όπως ήδη αναφέρθηκε, αυτό που χρειάζεται είναι συνδυασμός θεραπειών ανάλογα με τις ανάγκες του ασθενή, αφού άλλωστε οι εργασίες μας δείχνουν ότι ο συνδυασμός θεραπειών είναι πιο αποτελεσματικός από οποιαδήποτε θεραπεία μόνη. Άλλωστε οι στόχοι των θεραπειών είναι διαφορετικοί. Οι σωματικές θεραπείες στοχεύουν

περισσότερο στη βελτίωση των φυσιολογικών λειτουργιών όπως ύπνος, όρεξη, libido κτλ., ενώ οι ψυχοθεραπείες στη βελτίωση της διαπροσωπικής λειτουργικότητας και τη γενικότερα καλύτερη λειτουργία της προσωπικότητας.

Σήμερα έχουν διαμορφωθεί ενδείξεις για φαρμακοθεραπεία ή ψυχοθεραπεία, όπως και ενδείξεις για τους διάφορους τύπους ψυχοθεραπείας και για τους συνδυασμούς όλων των παραπάνω. Η θεραπεία της κατάθλιψης, όπως και όλων των ψυχικών διαταραχών άλλωστε, είναι συνθετική - επιλεκτική, δηλ. ο θεραπευτής επιλέγει για τον κάθε ασθενή την κατάλληλη σύνθεση φαρμακοθεραπείας, ψυχοθεραπείας ή τύπων ψυχοθεραπείας. (Αναγνωστόπουλος, 2008).

6.3 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η εμφάνιση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους είναι συχνή και παρουσιάζεται ανάγκη εντονότερης επαγρύπνησης των επαγγελματιών φροντίδας υγείας σχετικά με την συγκεκριμένη ασθένεια. Τα τελευταία χρόνια, συνδυαστικά με την οικονομική κρίση στην Ελλάδα και το έντονο άγχος που βιώνουν όλοι, αυξάνεται η κατάθλιψη. Οι νοσηλευτές παίζουν σημαντικό ρόλο στον τομέα της σχετικής ενημέρωσης. Πρέπει να γίνει σαφές στους ηλικιωμένους και τις οικογένειές τους, ότι η κατάθλιψη δεν είναι φυσιολογικό επακόλουθο της γήρανσης και ότι θεραπεύεται. Με αυτόν τον τρόπο θα ενθαρρυνθούν να επισκεφτούν το γιατρό τους ή κάποιον ειδικό για να συζητήσουν και να πάρουν συμβουλές σχετικές με τα ψυχολογικά προβλήματα που παρουσιάζουν. Οι επαγγελματίες που συναναστρέφονται συχνά με ηλικιωμένους ασθενείς, χρειάζονται περισσότερη εκπαίδευση και ενημέρωση ώστε να αποκτήσουν γνώσεις και να αναγνωρίζουν έγκαιρα την κατάθλιψη. Θα πρέπει να εξοικειωθούν με τα συμπτώματα της κατάθλιψης και να μάθουν να χρησιμοποιούν ορισμένα διαγνωστικά εργαλεία διαλογής όπως αυτό της Γηριατρικής Κλίμακας Κατάθλιψης, που αναλύθηκε σε προηγούμενο κεφάλαιο. Επίσης, θα πρέπει να γνωρίζουν τις επιλογές σε θεραπείες και να έχουν επίγνωση του ρόλου όλων των επαγγελματιών παροχής ολιστικής φροντίδας (Hughes).

Η χρήση διαγνωστικών εργαλείων από τους νοσηλευτές δεν αρκεί για να διασφαλίσει τη θεραπεία και την βελτίωση της έκβασης της νόσου, χρειάζεται και η εκπαίδευση. Η υιοθέτηση κοινού τρόπου προσέγγισης των ηλικιωμένων από όλο το νοσηλευτικό προσωπικό βοηθά αρκετά. Τα αποτελέσματα της αρχικής διαλογής οδηγούν στην ψυχολογική εξέταση και διάγνωση, και στη συνέχεια στη θεραπεία και εποπτεία. Επιπρόσθετα, παράγοντες που βελτιώνουν την αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι η ενοποίηση των δυνάμεων της πρωτοβάθμιας φροντίδας και των εξειδικευμένων υπηρεσιών ψυχικής υγείας, η χρήση συντονιστών της φροντίδας και υπηρεσιών διασυνδεδετικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας. Η διαλογή έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν στοχεύει σε πληθυσμούς υψηλού κινδύνου. Συνιστάται η χρήση διαγνωστικών εργαλείων στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στις περιπτώσεις πρόσφατης σοβαρής οργανικής νόσου, χρόνιας νόσου με έκπτωση λειτουργίας, νοσηλεία στο σπίτι, κοινωνική απομόνωση, πρόσφατη απώλεια προσώπου, παράπονα για μοναξιά (Hughes).

Συμπερασματικά η διαλογή είναι αποτελεσματική μόνο όταν οδηγεί σε κατάλληλη φροντίδα και θεραπεία. Η εφαρμογή όλων των παραπάνω οδηγεί στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

Κύριος σκοπός της νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το ηλικιωμένο άτομο και την οικογένεια του, να ανταποκριθεί στις καθημερινές απαιτήσεις της ζωής και να διεκπεραιώσει τις απαραίτητες δραστηριότητες. Τούτο γιατί τόσο οι απαιτήσεις όσο και οι δραστηριότητες επηρεάζουν και επηρεάζονται από την υγεία και την αρρώστια, λαμβάνοντας βέβαια υπόψη και τον γενικότερο τρόπο ζωής του ατόμου.

Στο ηλικιωμένο άτομο η ισορροπία μεταξύ των δραστηριοτήτων και των υποστηρικτικών πηγών διαταράσσεται. Μερικές δραστηριότητες περιορίζονται, αλλά και πολλές εξακολουθούν να υπάρχουν. Οι απαιτήσεις της καθημερινής ζωής λόγω της έκπτωσης των διαφόρων λειτουργιών αυξάνονται. Πηγές και μέσα δεν μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τον ηλικιωμένο, με αποτέλεσμα να υφίσταται πολλές απώλειες και να περιοριστεί πολύ η υποστηρικτική του ικανότητα. Το άτομο που ήταν μέχρι τώρα ανεξάρτητο σε όλες τις καθημερινές του δραστηριότητες, αναγκάζεται να στηριχθεί σε άλλους.

Η αρρώστια μειώνει ακόμη περισσότερο τις φυσιολογικές και ψυχολογικές προσαρμοστικές δυνατότητες του ηλικιωμένου ατόμου. Προσθέτει δε περισσότερο βάρος στις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής, γιατί ο άρρωστος ηλικιωμένος αναγκάζεται να προσαρμοστεί σε νέες συνθήκες όπως νέα συμπτώματα και προβλήματα, διαγνωστικές εξετάσεις, διάφορες θεραπείες για αντιμετώπιση προβλημάτων, παρενέργειες θεραπειών και φαρμάκων, αλλαγή περιβάλλοντος, αλλαγές στο διαιτολόγιο, παραβίαση της ατομικότητάς του, απαιτήσεις για νέες γνώσεις και δεξιότητες

Η νοσηλευτική φροντίδα παρεμβαίνει για να βοηθήσει την επαναφορά του ατόμου στην ισορροπία, αυξάνοντας τις υποστηρικτικές πηγές. Η προσαρμοστική του δυνατότητα θα εξαρτηθεί από το βαθμό συνθηκολόγησης ή συμμόρφωσης στα μέσα που προτείνονται για να αντιμετωπιστεί η

κατάσταση, πράγμα που και πάλι εξαρτάται από τον μέχρι τότε συνήθη τρόπο ζωής του ηλικιωμένου.

Όπως σε όλους τους άλλους τομείς, έτσι και στον ηλικιωμένο, σκοπός της νοσηλευτικής είναι να βοηθήσει το άτομο να διεκπεραιώσει τις δραστηριότητες εκείνες, που συντελούν στη διατήρηση της υγείας, στην αποκατάστασή της σε περίπτωση αρρώστιας ή ακόμη και σε ένα ειρηνικό όσο το δυνατόν πιο ανώδυνο θάνατο. Τις δραστηριότητες αυτές μπορούσε να διεκπεραιώσει το άτομο μόνο του, εάν διέθετε την απαραίτητη δύναμη, θέληση και γνώση.

7.1.1 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Στη φροντίδα του ηλικιωμένου ιδιαίτερα υπάρχουν τέσσερεις σπουδαίοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη και να τεθούν σαν βασικοί αντικειμενικοί σκοποί της νοσηλευτικής φροντίδας :

Διατήρηση και σεβασμός της προσωπικότητας του ατόμου

Ο καθένας στην κοινωνία του 20ου αιώνα τακτοποιεί τον εαυτό του και τα δικά του θέματα όπως ο ίδιος νομίζει καλύτερα, επιλέγει τον τόπο διαμονής καθώς και τον τρόπο ζωής του. Οτιδήποτε έχει σχέση με τον εαυτό του, από την εμφάνιση και την ενδυμασία μέχρι την επιλογή των τροφίμων, στην αγορά και τον τρόπο ετοιμασίας της τροφής, αλλά και το πώς χρησιμοποιεί τον ελεύθερο χρόνο του, αποτελούν θέματα δικής του προσωπικής επιλογής. Όλα αυτά δείχνουν κάτι από την προσωπικότητά του και τον χαρακτήρα του.

Ο ηλικιωμένος κινδυνεύει να χάσει αυτήν την ατομικότητά του, για δύο κυρίως λόγους : διότι με τη διεργασία του γήρατος και τις διάφορες ασθένειες που το συνοδεύουν, αισθάνεται φυσική ή πνευματική αδυναμία και ανικανότητα διεκπεραίωσης των δραστηριοτήτων αυτών της καθημερινής ζωής, χωρίς βοήθεια. Η απομάκρυνσή του από τον χώρο εργασίας και δραστηριότητας με τη συνταξιοδότησή_του, μπορεί να του δημιουργήσει το αίσθημα ενός πολίτη δεύτερης κατηγορίας, εάν αισθάνεται ότι δεν είναι πια χρήσιμος και αποδοτικός.

Οι δύο αυτοί παράγοντες πρέπει να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά, ώστε ο ηλικιωμένος να μπορέσει να διατηρήσει την ατομικότητα και την αξιοπρέπειά του. Εάν ο ηλικιωμένος παραμείνει στο δικό του περιβάλλον, στο σπίτι και στην κοινότητα που συνήθισε να ζει, η ατομικότητά του είναι περισσότερο σεβαστή. Για να μπορέσει, όμως, να διατηρήσει αυτήν την ανεξαρτησία, πρέπει να εξασφαλιστούν οι εξής προϋποθέσεις :

- ισορροπία στην υγεία του, ώστε να μη χρειάζεται εντατική φροντίδα ή 24ωρη κάλυψη
- κατάλληλο περιβάλλον το οποίο να προσαρμόζεται στις αδυναμίες του
- κοινωνική υποστήριξη, ιδιαίτερα αναγκαία όταν ο ηλικιωμένος ζει μόνος του

Ενθάρρυνση για αυτοφροντίδα

Η αρχική αξιολόγηση του ηλικιωμένου θα βοηθήσει να διαπιστωθούν οι δυνατότητες και οι αδυναμίες, σε σχέση με την κάλυψη των άμεσων ατομικών του αναγκών (καθαριότητα, διατροφή, ενδυμασία) καθώς και των ευρύτερων αναγκών του (ψώνια, μαγείρεμα, καθαριότητα περιβάλλοντος). Η φροντίδα θα προγραμματιστεί έτσι, ώστε να ενισχύει τις δυνατότητες και να περιορίσει τις αδυναμίες.

Δυσκολίες στην αυτοφροντίδα του ηλικιωμένου πρέπει να αναμένονται τόσο από την πλευρά του ίδιου όσο και του άμεσου οικογενειακού περιβάλλοντος που βοηθάει στην φροντίδα. Πολύ συχνά τα άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος δεν έχουν την υπομονή να περιμένουν τον ηλικιωμένο να διεκπεραιώσει σε αργό ρυθμό και με αρκετές ελλείψεις, κάποια δραστηριότητα (π.χ. ξύρισμα, ντύσιμο, φαγητό) και προτιμούν να την τελειώσουν οι ίδιοι πιο γρήγορα, με αποτέλεσμα βέβαια, η δυνατότητα του ίδιου του ατόμου για αυτοφροντίδα να περιορίζεται και να γίνεται συνεχώς και περισσότερο εξαρτημένο από τους άλλους.

Στο θέμα της αυτοφροντίδας και της σημασίας της, τόσο ο ηλικιωμένος όσο και η οικογένεια έχουν ανάγκη ενημέρωσης. Χρειάζεται να αντιληφθεί η οικογένεια ότι η πλημμελής έστω διεκπεραίωση ορισμένων δραστηριοτήτων δίνει στον ηλικιωμένο το αίσθημα της χρησιμότητας και της ικανοποίησης. Το θέμα γίνεται πιο δύσκολο, όταν ο ίδιος ο ηλικιωμένος δεν έχει την διάθεση και τη θέληση να δραστηριοποιηθεί, οπότε χρειάζεται προσεκτική μελέτη να

διαπιστωθούν τα αίτια της αδυναμίας αυτής, τα οποία τις πιο πολλές φορές είναι οργανικά, οφειλόμενα δηλαδή στην ίδια την αρρώστια, αλλά και σε ποικίλους άλλους λόγους, ψυχολογικούς, οικογενειακούς και κοινωνικούς.

Η αυτοφροντίδα ενισχύεται περισσότερο σε ένα περιβάλλον γνωστό και οικείο στον ηλικιωμένο, όπως είναι το σπίτι του, όπου νοιώθει και περισσότερη ασφάλεια, αφού βέβαια προηγηθούν κάποιες μεταβολές ή αναπροσαρμογή του περιβάλλοντος, όπου χρειάζεται.

Διδασκαλία – Αγωγή Υγείας του ηλικιωμένου και της οικογένειας

Το πρώτο βήμα στην οργάνωση προγράμματος διδασκαλίας στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια αποτελεί η αξιολόγηση της ετοιμότητας για μάθηση. Χωρίς αποδοχή του προβλήματος δεν είναι δυνατό να είναι έτοιμος να δεχθεί αποτελεσματικά το πρόγραμμα διδασκαλίας. Χρειάζεται, λοιπόν, η προσαρμογή του ατόμου και της οικογένειας στη νέα κατάσταση.

Το δεύτερο βήμα αποτελεί η αξιολόγηση της δυνατότητας για μάθηση. Παράγοντες που συντελούν σ' αυτό είναι το μορφωτικό επίπεδο, η επίδραση της αρρώστιας στο επίπεδο αντίληψης του ατόμου και το ενδιαφέρον για το συγκεκριμένο πρόβλημα. Η φυσική κατάσταση επίσης επιδρά. Πόσα και ποια είναι αυτά που θα διδάξει ο νοσηλευτής στον ηλικιωμένο και στην οικογένεια; Ο ηλικιωμένος και η οικογένεια πρέπει να μάθουν όσα τους χρειάζονται, για να μπορούν να αντιμετωπίζουν με ασφάλεια και εμπιστοσύνη την δυσκολία και αδυναμία τους στο περιβάλλον του σπιτιού. Λαμβάνεται βέβαια υπόψη και το πόσο ζητάει και τί δυνατότητες έχει ο ηλικιωμένος να αντιληφθεί τις πληροφορίες που του προσφέρονται. Μερικοί ζητούν να μάθουν πολύ περισσότερα για την αρρώστια τους, άλλοι περιορίζονται στα πολύ βασικά και απαραίτητα.

Βασική στην αρχή είναι η αξιολόγηση των γνώσεων που ήδη υπάρχουν σχετικά με το συγκεκριμένο πρόβλημα και όσα σχετίζονται με τη θεραπεία και τις παρενέργειες. Με αυτήν την αξιολόγηση, είναι δυνατόν να ανακαλυφθούν προκαταλήψεις, φόβοι ή λανθασμένες γνώσεις σχετικά με το θέμα, οι οποίες καλό είναι να επισημανθούν από την αρχή.

Με βάση τις υπάρχουσες γνώσεις, ο νοσηλευτής προχωράει στην επιπλέον ενημέρωση που κρίνει ότι είναι απαραίτητη, προσφέροντας στην αρχή βασικές εξηγήσεις του μηχανισμού και της θεραπείας που εφαρμόζεται.

Δίνει απλές εξηγήσεις. Διαγράμματα, σχέδια και εικόνες πρέπει να είναι ευμεγέθη για να μπορεί να τα βλέπει και το άτομο με την περιορισμένη όραση. Όταν το άτομο διδάσκεται τεχνικές, πρέπει να βλέπει τα συγκεκριμένα αντικείμενα, να τα πάρει στα χέρια του και να ασκηθεί στην χρησιμοποίησή τους. Το άτομο ενισχύεται να απευθύνει ερωτήσεις και να εκφράζει την δυσκολία του. Η διδασκαλία-ενημέρωση έχει τρεις βασικούς σκοπούς :

- την διατήρηση ισορροπίας στην υγεία του ηλικιωμένου
- την πρόληψη διαφόρων επιπλοκών τόσο από την αρρώστια όσο και από τα διάφορα φάρμακα και θεραπείες
- την πρόληψη ατυχημάτων μέσα στο χώρο του σπιτιού και εκτός αυτού

Ομαδική εργασία και συνεργασία του νοσηλευτή με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας υγείας

Οι ποικίλες ανάγκες υγείας του ηλικιωμένου απαιτούν την συνεργασία πολλών επιστημόνων άλλων ειδικοτήτων. Η αποτελεσματικότητα της ομάδας εξαρτάται από το κατά πόσο κάθε μέλος της ομάδας υγείας σέβεται και υπολογίζει τον ρόλο και τις αρμοδιότητες των άλλων μελών.

Κάθε μέλος της ομάδας πρέπει να έχει πρόσβαση στις γραπτές πληροφορίες που καταχωρούν τα άλλα μέλη, ώστε όλοι να είναι ενήμεροι για την πορεία της υγείας του ατόμου και να είναι έτοιμοι να προσφέρουν αποτελεσματικά την συμβολή τους στις συναντήσεις που γίνονται σε συχνά, τακτά χρονικά διαστήματα. Την ηγεσία της ομάδας αναλαμβάνει κάθε φορά κάποιος από τους επιστήμονες, ανάλογα με την κατάσταση του ατόμου, που δέχεται τις υπηρεσίες και τις άμεσες ανάγκες του.

7.1.2. ΑΡΧΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Το νοσηλευτικό προσωπικό δημιουργεί στενές επαγγελματικές σχέσεις με τους ασθενείς που φροντίζει. Πράγματι, η θεραπευτική σχέση που αναπτύσσεται είναι σημαντική και επιδρά στην ανάρρωση των ασθενών. Η

ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης έχει ιδιαίτερη σημασία κατά την φροντίδα ατόμων με ψυχικές ασθένειες.

Η προσωπικότητα και οι δεξιότητες του νοσηλευτή είναι τα σημαντικότερα στοιχεία αυτής της θεραπευτικής σχέσης. Οι δεξιότητες μπορούν να διδαχθούν στο νοσηλευτή και η σωστή ανάπτυξή τους μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη θεραπεία του ασθενή. Οι νοσηλευτές θα πρέπει να έχουν ζεστασιά, θέρμη και θετική στάση απέναντι στον ασθενή. Αυτή η ζεστασιά μεταβιβάζεται στον ασθενή και τον βοηθά. Επίσης, οι νοσηλευτές πρέπει να έχουν ενσυναίσθηση ώστε να αντιλαμβάνονται πως αισθάνεται ο ασθενής. Τέλος, πρέπει να είναι αυθεντικοί και να δείχνουν γνήσιο ενδιαφέρον απέναντι στον ασθενή.

Σημαντική είναι και η ολιστική νοσηλευτική προσέγγιση. Οι νοσηλευτές μπορούν να βοηθήσουν τους ηλικιωμένους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη με το να τους ακούν. Η θεραπευτική σχέση και η κατανόηση επέρχεται σταδιακά με τη συχνή συναναστροφή του νοσηλευτή με τον ασθενή. Η νοσηλευτική προσέγγιση πρέπει να είναι φιλική. Παράλληλα ένα καταθλιπτικό άτομο πρέπει να ενθαρρύνεται να εκφράζει τα συναισθήματά του ώστε να νιώσει ανακούφιση. Η νοσηλευτική ολική προσέγγιση περιλαμβάνει την παροχή φροντίδας που οδηγεί σε αλλαγές στον τρόπο σκέψης του ασθενή, στην καθημερινότητά του, στις δραστηριότητες και δεξιότητες που αναπτύσσει (Hughes).

7.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Εξίσου σημαντικό στη νοσηλευτική φροντίδα είναι η νοσηλευτική παρέμβαση. Ο τρόπος που αντιμετωπίζει ο νοσηλευτής την κάθε περίπτωση του ασθενή. Στη συνέχεια δίνεται μια περίπτωση κατάθλιψης και οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις που απαιτούνται.

Παρέμβαση σε περίπτωση κατάθλιψης ηλικιωμένου ατόμου, λόγω απώλειας συγγενικού προσώπου. Αρχικά γίνεται η νοσηλευτική αξιολόγηση της κατάστασης της ασθένειας, στη συνέχεια γίνεται η νοσηλευτική διάγνωση και τέλος η νοσηλευτική παρέμβαση και η νοσηλευτική εκτίμηση.

α) Νοσηλευτική αξιολόγηση: Παρατηρείστε για σημεία και συμπτώματα κατάθλιψης κατά την περίοδο μετά την απώλεια του συγγενικού προσώπου. Επίσης πρέπει να καθορίσετε τη φύση της απώλειας και τις αντιδράσεις του ατόμου και να ελέγξετε προηγούμενες εμπειρίες θλίψης ή ύπαρξης καταθλιπτικής συμπεριφοράς λόγω άλλων γεγονότων.

β) Νοσηλευτική διάγνωση:

(1) Αναποτελεσματική προσωπική ανταπόκριση που σχετίζεται με την κατάθλιψη μετά την απώλεια.

(2) Εμφάνιση συμπτωμάτων της κατάθλιψης για αρκετό καιρό, περισσότερο από τρεις εβδομάδες.

(3) Έλλειψη γνώσεων που σχετίζεται με τη διαδικασία θλίψης.

(4) Αναποτελεσματική ατομική ή οικογενειακή προσαρμογή, σχετιζόμενη με το θάνατο και την απώλεια γενικότερα.

(5) Διαφοροποιημένες διαδικασίες της οικογένειας που σχετίζονται με την απώλεια.

(6) Πνευματική δυσφορία σχετιζόμενη με την απώλεια.

γ) Νοσηλευτική παρέμβαση:

(1) Εκπαιδεύουμε το ηλικιωμένο άτομο και την οικογένεια σχετικά με την πιθανότητα κατάθλιψης μετά την απώλεια και καθησυχασέ τους για την μικρή διάρκεια της φυσιολογίας της.

(2) Παρέχουμε υποστήριξη και ενθάρρυνση στο άτομο να εκφράσει τα συναισθήματά του.

(3) Δώσε πληροφορίες για τις συνθήκες της απώλειας και προετοίμασε την οικογένεια

(4) Πρόβλεψε και πληροφόρησε σχετικά με τα διαφορετικά στάδια της διαδικασίας θλίψης.

(5) Ενθάρρυνουμε το άτομο να επισκεφθεί επαγγελματία ψυχολόγο για συμβουλευτική

(6) Κανονίζουμε για περαιτέρω επισκέψεις παρακολούθησης σε κάποιον ειδικό

(7) Ενημερώνουμε την οικογένεια για τρόπο συμπεριφοράς και αντιμετώπισης

(8) Εάν συνεχιστεί η καταθλιπτική συμπεριφορά, ενημερώνουμε τον ιατρό που παρακολουθεί το άτομο, για χορήγηση αντικαταθλιπτικών ή άλλης θεραπείας.

(9) Παρέπεμψε στις κατάλληλες κοινωνικές ομάδες υποστήριξης.

δ) Νοσηλευτική εκτίμηση.

(1) Τα σημεία της κατάθλιψης μετά την απώλεια, έχουν ανιχνευθεί έγκαιρα και η θεραπεία έχει αρχίσει.

(2) Παρέχεται εναλλακτική φροντίδα και βασική νοσηλευτική φροντίδα.

(3) Οι γονείς νιώθουν υποστηριγμένοι από το προσωπικό της κλινικής και κάνουν χρήση των κατάλληλων κοινωνικών φορέων.

Στη συνέχεια δίνεται ένας πίνακας με παράδειγμα νοσηλευτικής παρέμβασης ενός ηλικιωμένου που παρουσίασε καταθλιπτική συμπεριφορά μετά από απώλεια συγγενικού προσώπου. Πιο συγκεκριμένα παρουσίασε άγχος και φόβο.

Στον πίνακα φαίνεται καθαρά η νοσηλευτική αξιολόγηση και εκτίμηση της κατάστασης μιας συγκεκριμένης περίπτωσης και η νοσηλευτική παρέμβαση. Κάθε περίπτωση ασθενή είναι διαφορετική και βάση της εμπειρίας και της γνώσης του νοσηλευτή αντιμετωπίζεται διαφορετικά.

1.Αξιολόγηση ασθενούς - Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Αίσθημα Φόβου • Αίσθημα Άγχους 	Μείωση του φόβου και του άγχους	<ul style="list-style-type: none"> • Χορήγηση αντικαταθλιπτικών φαρμάκων Anafranil για 20 μέρες μετά από ιατρική εντολή • Χορήγηση μυοχαλαρωτικών φαρμάκων μετά από ιατρική εξέταση 	<ul style="list-style-type: none"> • Ενισχύθηκε η ψυχολογία της ασθενούς • Χορήγηση των φαρμάκων Intellecta για μια εβδομάδα για την μυϊκή χαλάρωση της ασθενούς. 	Μείωση του φόβου και του άγχους μετά από συχνή λήψη του φαρμάκου

7.3 Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

Η νοσηλευτική αξιολόγηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας. Ο νοσηλευτής παίζει βασικό ρόλο στην αναγνώριση και την πρόληψη κάποιας ασθένειας και στην έγκαιρη διάγνωσή της. Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα καταθλιπτικού ασθενή δεν είναι τόσο εύκολος. Είναι δύσκολο για ένα άτομο με κατάθλιψη να σηκωθεί και να ζητήσει βοήθεια. Μπορεί να είναι δύσκολο να βρεθεί κάποιος που θα κάνει τη σωστή διάγνωση. Αφού ξεπεραστούν τα εμπόδια αυτά, ο δρόμος της ανάρρωσης είναι εύκολος. Δεν υπάρχει τίποτα το δύσκολο στην θεραπεία της κατάθλιψης, δεν πονάει, δεν είναι δυσάρεστη. Αλλά είναι αλήθεια ότι το δυσκολότερο μέρος της είναι η αρχή (Ραγιά, 2001).

Είναι πολύ σημαντικό, η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παραπνευθούν για σωματικά προβλήματα, αυξημένο άγχος ή προβλήματα με την μνήμη και τη συγκέντρωση, παρά για τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης. Η θεραπεία της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους μπορεί να έχει την ίδια επιτυχία που έχει σε όλες τις άλλες

ομάδες, αλλά μπορεί η ύπαρξη άλλων ασθενειών ταυτόχρονα να την κάνει πολύπλοκη. Οι ηλικιωμένοι πιθανά να μη χρειάζονται τόσο μεγάλες ποσότητες αντικαταθλιπτικών όσο οι νεότεροι. Οι ηλικιωμένοι φαίνεται να είναι πιο ευαίσθητοι στις παρενέργειες κάποιων αντικαταθλιπτικών. Υπάρχει η πιθανότητα κάποιες θεραπείες για την κατάθλιψη να αλληλεπιδράσουν με την αγωγή που λαμβάνουν οι ηλικιωμένοι για την αντιμετώπιση τυχόν συνυπαρχουσών ασθενειών

Το νοσηλευτικό προσωπικό με την υποστήριξη, τις συμβουλές και την γενικότερη στάση του μπορεί να διευκολύνει τους ασθενείς που πάσχουν από κατάθλιψη και τις οικογένειες τους να υιοθετήσουν τρόπους για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που συνεπάγεται η ασθένεια. Συνεπώς, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός στην συγκεκριμένη ασθένεια.

7.4 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

7.4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 1

Άνδρας ασθενής Α.Β., ηλικίας 74 ετών, συνταξιούχος και χήρος, εισήχθη στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πατρών, στην ψυχιατρική κλινική, ύστερα από σοβαρό επεισόδιο καταθλιπτικής διαταραχής.

Συγκεκριμένα, ο ασθενής αισθάνεται θλιμμένος, στενοχωρημένος, άκεφος, απογοητευμένος. Ο ασθενής ανακαλώντας ασήμαντα γεγονότα και σφάλματα του παρελθόντος νιώθει ενοχές και διακατέχεται από τύψεις, αισθάνεται άχρηστος, ανίκανος, ανάξιος και αποτυχημένος. Υποτιμά τον εαυτό του, τον επικρίνει και έχει συχνές διαταραχές του ύπνου. Ο λόγος που εισήχθη στο νοσοκομείο ήταν γιατί έκλεγε συνεχώς επί ώρες και έλεγε ότι η ζωή του δεν έχει κανένα νόημα.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 07/01/2014 ώρα 7:00 μ.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Α.Β.

Φύλο: Άρρεν

ΗΜ.ΓΕΝ.:05/10/1940 Ηλικία:74

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Κατάθλιψη

ΟΙΚ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: Χήρος

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

Ο ασθενής έχει νοσηλευτεί μέχρι τώρα οκτώ φορές. Η μεγαλύτερη διάρκεια παραμονής του σε κάποια ψυχιατρική κλινική ήταν έξι μήνες. Κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του πραγματοποιούταν χορήγηση φαρμάκων, τα οποία συνέβαλλαν τα μέγιστα, ώστε ο ασθενής να επανέλθει σε φυσιολογικά επίπεδα ζωής. Παρατηρείται ωστόσο, ότι κάθε φορά που έβγαινε από την κλινική, μετά από πολύ μικρό χρονικό διάστημα διέκοπτε και τη χορήγηση των φαρμάκων.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Ο συγκεκριμένος άνδρας από την ηλικία των 20 ετών ήταν συνεχώς άρρωστος. Τα πρώτα σημάδια της κατάθλιψης εμφανίζονται από όταν ήταν δευτεροετής φοιτητής στην σχολή Οικονομικών Επιστημών. Παγιδευμένος και εγκλωβισμένος, αβοήθητος, κατεστρώνε σχέδια και απεργάζεται την αυτοκαταστροφή του, αυτός κάλεσε την αστυνομία, επικαλούμενος απαγωγή της κοπέλας.

Την περίοδο πριν από το πιο πρόσφατο περιστατικό, ο ασθενής διέμενε μόνος του, όντας πλήρως απομονωμένος από το κοινωνικό περίγυρο, έχοντας ως μοναδικό του στήριγμα ένα ξάδερφό του. Σύμφωνα

με την εξέταση, δεσπόζουν σε αυτόν σωματικά ενοχλήματα, όπως αϋπνία, κεφαλαλγία, ζάλη, ανορεξία και εύκολη κόπωση.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα πρώτα επεισόδια της καταθλιπτικής διαταραχής έγιναν εμφανή μέσα από τη συνεχή θλίψη, τη συνεχή απογοήτευση και το κλάμα χωρίς λόγο. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο ασθενής παρουσίαζε συχνότερες διαταραχές του ύπνου.

Τα συγκεκριμένα συμπτώματα είναι χαρακτηριστικά της κατάθλιψης.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η ιατρική εντολή που δόθηκε αναφερόταν σε χορήγηση παροξετίνης, καθώς πρόκειται για ένα από τα πιο αποτελεσματικά φάρμακα και με τις λιγότερο επιβλαβείς παρενέργειες. Επηρεάζει χημικές ουσίες στον εγκέφαλο που μπορεί να προκαλούν κατάθλιψη, πανικό ή άγχος, ιδεοψυχαναγκαστικά συμπτώματα.

Η χορήγηση του φαρμάκου seroxat γίνεται με δόσεις από 20 έως 40 mg ημερησίως, με προοδευτική αύξηση μια φορά την ημέρα. Το seroxat μπορεί να ληφθεί με ή χωρίς φαγητό.

Πέρα από τη θεραπευτική αγωγή, προτάθηκε και ψυχοκοινωνική θεραπεία, η οποία αποσκοπεί στην εκπαίδευση των συμπεριφερσιολογικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του ασθενή.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισ- μός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • Θλίψη • Απογοήτευση • Διαταραχές ύπνου • Κλάματα 	<ul style="list-style-type: none"> • Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, ώστε να εξαλειφθούν τα καταθλιπτικά συμπτώματα. 	<ul style="list-style-type: none"> • Φροντίδα ασθενούς με σκοπό την μείωση των αισθημάτων απογοήτευσης και διαταραχών ύπνου 	<ul style="list-style-type: none"> • Τονίζουμε ότι θα έχει την βοήθεια και την υποστήριξη. • Αφήνουμε τον ασθενή να εκφράσει τους φόβους του ακούγοντας με κατανόηση και φροντίζουμε να παρέχουμε ασφάλεια. • Χορήγηση seroxat σε δοσολογία από 20 έως 40 mg ημερησίως κατόπιν οδηγίας ιατρού. • Πλήρης ενημέρωση για τη θεραπευτική αγωγή κατά την έξοδο του ασθενή από την κλινική. 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης • Επαναφορά του ύπνου σταδιακά στα φυσιολογικά επίπεδα.

7.4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ – ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ 2

Γυναίκα Ι.Κ., ηλικίας 55 ετών, εισάγεται σε κλινική του Αγίου Ανδρέα, λόγω παρουσίασης τάσεων με ιδέες αυτοκτονίας, ιδέες ενοχής, αυτομομφής και αναξιότητας και ταυτόχρονα παρουσίασε τάση αυξημένων διαταραχών στην όρεξη για φαγητό σε μεγάλο χρονικό διάστημα.

Εισήλθε στο νοσοκομείο στις 12/11/2013 ώρα 4:00 μ.μ.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Όνοματεπώνυμο: Ι.Κ.

Φύλο: Θήλυ

ΗΜ.ΓΕΝ.: 19/12/1959 Ηλικία:55

ΔΙΑΓΝΩΣΗ : Αυτοκτονικές τάσεις

Διαταραχές όρεξης για φαγητό

Οικ. Κατάσταση: Μέλος τετραμελούς οικογένειας, μητέρα δυο τέκνων

ΑΤΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Η ασθενής παρουσίασε κατά διαστήματα μεγάλη ελάττωση του ενδιαφέροντος ή της ευχαρίστησης σε όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Επίσης κατά διαστήματα η ασθενής νιώθει απελπισμένη και αβοήθητη που μπαίνουν στο μυαλό της ιδέες αυτοκτονίας.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ

Κατά τα πρώτα στάδια εμφάνισης της κατάθλιψης σε ηλικία 35 ετών στη συγκεκριμένη ασθενή εμφανιζόταν συνεχής απώλεια της όρεξης για φαγητό με αποτέλεσμα απώλεια βάρους που είχε χάσει και τα 25 κιλά. Την περίοδο εκείνη είχε εισήχθη στο νοσοκομείο όπου και διαγνώστηκε η νόσος. Η ασθενής νιώθει κατά μεγάλα χρονικά διαστήματα σαν να την έχουν εγκαταλείψει οι δυνάμεις της, αισθάνεται κουρασμένη όλη την ώρα και γι'αυτό πολλές φορές κάθεται στην καρέκλα και δεν κάνει τίποτα.

ΕΥΡΥΜΑΤΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα πρώτα επεισόδια της κατάθλιψης στη συγκεκριμένη ασθενή έγιναν εμφανή μέσα από την τάση που είχε να μένει συνεχώς μόνη λέγοντας ότι δε θέλει άλλο τη ζωή της .

Μέσα από τις αυτοκτονικές τάσεις και τη μείωση όρεξης για φαγητό και με την τάση για ρίψη ευθυνών για τα πάντα στον εαυτό της διαγνώστηκε από τους ιατρούς κατάθλιψη.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Η θεραπευτική αγωγή έχει σαν στόχο τη εξάλειψη των τάσεων αυτοκτονίας και την αύξηση της όρεξης για φαγητό. Οι θεράποντες ιατροί πρότειναν ταυτόχρονα με την χορήγηση φαρμάκων και ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές θεραπείες.

Στην πρώτη περίπτωση, η ασθενής θα πρέπει να αναπτύξει ικανότητες και δεξιότητες που θα της δώσουν την δυνατότητα να μπορεί να λειτουργήσει ξανά σε ένα κοινωνικό πλαίσιο.

Όσον αφορά τις οικογενειακές θεραπείες, είναι απαραίτητες προκειμένου η ασθενής να αναπτύξει συναισθήματα που είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα, όπως είναι η αυτοεκτίμηση, η αίσθηση της σημαντικότητας και της διάθεσης για ενεργή συμμετοχή σε διάφορες δραστηριότητες.

Όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή, το φάρμακο που χρησιμοποιήθηκε ήταν η φλουβοξαμίνη (fluvoxamine) Dumyrox με δοσολογία 200 mg ημερησίως.

Το Dumyrox λαμβάνεται μια φορά τη μέρα με ένα ποτήρι νερό προ του φαγητού.

1.Αξιολόγηση ασθενούς Ανάγκες- Προβλήματα- Νοσηλευτική Διάγνωση	2.Αντικειμενικός Σκοπός	3.Προγραμματισμός Νοσηλευτικής Φροντίδας	4.Εφαρμογή Νοσηλευτικής Φροντίδας	5.Εκτίμηση Αποτελέσματος
<ul style="list-style-type: none"> • ιδέες ενοχής • ιδέες αυτοκτονίας • Μειωμένη τάση για φαγητό 	<ul style="list-style-type: none"> • Ρύθμιση θεραπευτικής αγωγής, ώστε η ασθενής να συνυπάρξει μέσα σε ένα σχολικό και κοινωνικό πλαίσιο • Διενέργεια ψυχοκοινωνικών και οικογενειακών θεραπειών 	<ul style="list-style-type: none"> • Φροντίδα ασθενή για την εξάλειψη των τάσεων αυτοκτονίας και μείωση των συναισθημάτων ενοχής 	<ul style="list-style-type: none"> • Εξάλειψη φόβου ασθενούς • Παροχή ψυχολογικής υποστήριξης • Αφήνουμε την ασθενή να εκφράσει τους φόβους του ακούγοντας με κατανόηση και φροντίζουμε να παρέχουμε ασφάλεια • Χορήγηση Dumyrox δοσολογία από 200 mg. με οδηγία ιατρού • Πλήρης ενημέρωση άνδρα και τέκνων για τη θεραπευτική αγωγή (ψυχοκοινωνικές και οικογενειακές θεραπείες) 	<ul style="list-style-type: none"> • Μείωση ενοχικών ιδεών και • Εξάλειψη των αυτοκτονικών τάσεων • Ανάπτυξη ικανοτήτων και συναισθημάτων που θα επαναφέρουν τον ασθενή σε πλήρως φυσιολογικό τρόπο ζωής

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο όρος ψυχική διαταραχή περιλαμβάνει ένα μεγάλο εύρος προβλημάτων που έχουν σχέση με την ψυχική κατάσταση και την συμπεριφορά ενός ατόμου. Οι διάφορες ψυχικές διαταραχές εκδηλώνονται με μια ποικιλία συμπτωμάτων βιολογικών, σωματικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών και κοινωνικών. Η ψυχική διαταραχή που μαστίζει τους ηλικιωμένους είναι η κατάθλιψη η οποία πλήττει τους ηλικιωμένους ως προς το συναίσθημα, τη νόηση, το περιεχόμενο σκέψης, κοινωνική λειτουργικότητα και ως προς τους βιολογικούς τους ρυθμούς.

Στη σημερινή εποχή, η νοσηλευτική παίζει σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της καταθλιπτικής διαταραχής στους ηλικιωμένους. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχουν πιο εξειδικευμένο ρόλο, ώστε να εντοπίζουν έγκαιρα και να αντιμετωπίζουν κατάλληλα, τυχών προβληματικές συμπεριφορές. Η πρόγνωση της κατάθλιψης εξαρτάται από την ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών. Οι νοσηλευτές έχουν πολυδιάστατο ρόλο, καθώς από αυτούς εξαρτάται η αρχική εκτίμηση της κατάστασης του ηλικιωμένου ασθενή, η φροντίδα, η θεραπεία, η επαναξιολόγηση και η βελτίωση ή υποτροπή της κατάστασης.

Το νοσηλευτικό προσωπικό παίζει καταλυτικό ρόλο στην προσπάθεια της φροντίδας ασθενών με κατάθλιψη. Σημαντικό ρόλο παίζει η παρατηρητικότητα του νοσηλευτή, αφού ο άρρωστος μπορεί να παρουσιάσει ποικιλία κλινικών εκδηλώσεων και επιπλοκών και η έγκαιρη διάγνωση της νόσου.

Ο νοσηλευτής με τις σωστές παρατηρήσεις είναι πηγή πληροφοριών για διάγνωση και θεραπεία του πάσχοντα, αλλά και για διαπίστωση νοσηλευτικών προβλημάτων. Λόγω της πολυπλοκότητας της κατάθλιψης και της έντονης ψυχικής διαταραχής που βιώνουν οι ασθενείς, έχουν ανάγκη από πλήρη κατανόηση, που τους την παρέχουν οι νοσηλευτές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αναγνωστόπουλος Φ., Καραδήμας Ε. (2008), *Υγεία και ασθένεια. Ψυχολογικές διεργασίες*, Αθήνα: Λιβάνη

Αργυρόπουλος Κ., Γουρζής Φ., Γελαστοπούλου Ε. (2012), *Επιπολασμός της κατάθλιψης σε πληθυσμό ηλικιωμένων*, *Ψυχιατρική*, 23:39–45

Ευσταθίου Γ. (2011), *Η κατάθλιψη δεν έχει μόνο μία έννοια*, *Ιατρικό Βήμα*, τεύχος 130

Greenstein Ben, (2007), *Κλινική Φαρμακολογία για νοσηλευτές*, Αθήνα: Παρσιανού

Hughes C. (χ.χ.), *Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους*, κεφάλαιο 25 από: *Φροντίζοντας τους ηλικιωμένους: ανεξαρτησία, αυτονομία και προσωπική ολοκλήρωση*, σελ. 539-561

Μαγκλάρα –Κατσιλάμπρου Ε. (2000), *Η διατροφή στην τρίτη ηλικία*, Αθήνα: εκδόσεις Βήτα

Marschall R., Greganti Andrew. (2009), *Παθολογία - Βασικές Αρχές*, Αθήνα: Πασχαλίδη

Μενεδιάτου Α.(2012), *Σχετικά με την κατάθλιψη*, κλινική Ψυχολογία Ελληνική εταιρία διαταραχών διάθεσης, Τεύχος 89

Μηλιόρδου Κ. (2011), *Η έννοια της κατάθλιψης*, Αθήνα: Κέντρο Ψυχοθεραπείας παιδών - εφήβων - ενηλίκων

Οικονόμου Φ. (χ.χ.), *Ψυχιατρική με στοιχεία ψυχολογίας*, ανανεωμένη έκδοση, Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας

Παγοροπούλου Α. (2000), *Ψυχολογία της τρίτης ηλικίας*. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Παγοροπούλου Α. (2000), *Η γεροντική κατάθλιψη*. Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα

Παπαδημητρίου Γ. (1999), *Μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της κατάθλιψης*, Αθήνα: ΙΑΤΡΙΚΗ

Ραγιά Α. (2001), *Αρχές και διαστάσεις της σύγχρονης Νοσηλευτικής*, Νοσηλευτική, 3, 8-13

Σικελιανού Δ. (2010), *Κλινική ψυχολογία*, Αθήνα: Διόνικος

Σολδάτος Κ.Ρ.(1999), *Άγχος και κατάθλιψη σε ασθενείς με σωματικά νοσήματα στο Άγχος και κατάθλιψη. Εκδηλώσεις και αντιμετώπιση στη γενική ιατρική*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις

Στυλιανοπούλου Χ, κ.α. (2010), *Συχνότητα εμφάνισης κατάθλιψης σε ηλικιωμένα άτομα, αποδέκτες υπηρεσιών Κέντρων Ανοικτής Προστασίας Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η.)*, ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, 9 (4)

Χατζάκη Α. (2007), *Σύγχρονη βιολογική θεώρηση της κατάθλιψης*, Αθήνα: Αρχαία Ελληνικής ιατρικής

Χριστοδούλου Γ.Ν. (1998), *Κατάθλιψη*. Αθήνα: εκδόσεις Βήτα

Χριστοδούλου Γ.Ν., Κονταξάκης Β.Π. (2000), *Η τρίτη ηλικία*, Αθήνα: Εκδόσεις Βήτα

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic Criteria from diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed., Washington

Butler J. (2000), *Antigone's Claim: Kinship Between Life and Death*, Νέα Υόρκη: Columbia University Press

Crimp D. (2002), *Melancholia and Moralism. Essays on AIDS and Queer Politics*. Κέμπριτζ, Μασαχουσέτη: MIT

Klerman G.L. (1988), *The current age of youthful melancholia: evidence of increase in depression among adolescences and young adults*, Br. J. Psychiatry, 152:4-14

ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

www.psychologia.gr

www.diagnostiki.gr. 2012

ΟΜΑΔΑ ΕΙΔΙΚΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διαθέσιμο στο:

Σκαπινάκης Π, Κατάθληψη, πρώτη ανάρτηση 2007

Διαθέσιμο στο:

<http://panacea.med.uoa.gr/topic.aspx?id=744>

προσπελάστηκε: 24/8/2013

Θεραπεία Μείζωνος Καταθλιπτικής Διαταραχής

Διαθέσιμο στο:

<http://katsantonisv.weebly.com/thetaepsilonrhoalphapiepsilon943alpha-muepsilon943zetaomeganuomicronsigmaf-kappaalphataualphathetalambdaiotapitaiotakappa942sigmaf-deltaiotaalphataualpharhoalphachi942sigmaf.html>

προσπελάστηκε: 25/8/2013