



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΗΠΕΙΡΟΥ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ»

Της Ελένης Ορφανού

(Α.Μ:15312)



Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα

Αν. Καθηγήτρια Ψυχολογίας

Ιωάννινα, Σεπτέμβριος 2016

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT.....	8
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	10
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	11
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ	12
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ	14
Κεφάλαιο 1ο	
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	14
Κεφάλαιο 2ο	
ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ	15
Κεφάλαιο 3ο	
ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ	16
3.1 ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	16
3.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	16
3.3 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	17
3.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ	17
Κεφάλαιο 4ο	
ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	18
4.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΜΟΝΟΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ)	18
4.1.1.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ	18

4.1.2.ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	19
4.1.3 ΑΙΤΙΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	19
4.1.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	20
4.2. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	20
4.2.1.ΟΡΙΣΜΟΣ	20
4.2.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ	21
4.3 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	21
4.3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	22
4.4 ΔΥΣΘΥΜΙΑ	22
4.4.1.ΟΡΙΣΜΟΣ	22
4.4.2. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΥΣΘΥΜΙΑΣ	23
4.5 ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	23
4.6 ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ	24
4.7 ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	24
Κεφάλαιο 5ο	
Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ	26
5.1 ΒΡΕΦΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	26
5.2 ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ.....	26
5.2.1 ΑΙΤΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	28
5.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ (ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ)	29

Κεφάλαιο 6ο

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	30
----------------------------	----

Κεφάλαιο 7ο

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ.....	32
-----------------	----

7.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΑΤΟΜΟ.....	32
---	----

7.2 ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ	33
------------------------------------	----

Κεφάλαιο 8ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	34
--------------------------	----

8.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	34
--	----

Κεφάλαιο 9ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ	37
----------------	----

9.1.ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	37
-----------------------------------	----

9.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ	38
---	----

9.3.ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ	40
--	----

9.3.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	41
----------------------------------	----

9.3.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	41
----------------------------------	----

9.3.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	42
---------------------------------------	----

9.3.4 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	43
-----------------------------------	----

9.3.5 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	44
--	----

9.3.6 ΓΝΩΣΤΙΚΗ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	44
---	----

9.3.7 ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ	45
---------------------------------------	----

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ	47
Κεφάλαιο 1ο	
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	47
1.1.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ.....	47
1.2.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	48
1.3.ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ	49
1.4.ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ	49
1.5.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ	51
ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ	53
ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....	53
ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ	61
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	60
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Κατάθλιψη είναι η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής (έντονης και παρατεταμένης) θλίψης και συνοδεύεται από σημαντική μείωση του αισθήματος προσωπικής αξίας και από την επώδυνη συνείδηση της επιβράδυνσης των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών.

Σκοπός: Στόχος της εργασίας είναι να δοθούν επαρκείς πληροφορίες όσον αφορά την κλινική συμπτωματολογία της κατάθλιψης, να διερευνηθούν οι τρόποι διάγνωσης της, ειδικά στα νεότερα δεδομένα και να εξεταστούν οι μέθοδοι θεραπείας της. Θα επικεντρωθούμε κυρίως στο ρόλο του νοσηλευτή στην κατάθλιψη. Η θεραπευτική του παρέμβαση είναι απαραίτητη για την γρήγορη ανάκαμψη του ασθενούς, την αντιμετώπιση των προβλημάτων του, την προσαρμογή του στους προηγούμενους ρυθμούς της καθημερινότητας του και στην μετέπειτα ομαλή κοινωνική επανένταξη του. Πέρα από την προστασία της ζωής του καταθλιπτικού ατόμου και την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων του εξίσου σημαντική είναι η λεκτική επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή ώστε να βελτιωθεί η νοητική του κατάσταση και να οδηγηθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα στην ίαση της ψυχής του.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, google scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο τα τελευταία χρόνια, το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η διάγνωση της είναι επιβεβλημένη καθώς είναι μια ασθένεια που με την έγκαιρη και σωστή παρέμβαση μπορεί να θεραπευτεί. Εξίσου αναγκαία όμως είναι και η διερεύνηση των αιτίων που την προκαλούν. Πληθώρα ερευνητών σε όλο τον κόσμο προσπαθούν να ανιχνεύσουν τα βιολογικά αίτια της νόσου και να δημιουργήσουν νέα φαρμακευτικά σκευάσματα με μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχούς αντιμετώπισης της νόσου και λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες. Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι παρά τα μεγάλα ποσοστά ασθενών από κατάθλιψη, σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση γίνεται με μεγάλη καθυστέρηση και

συχνά συγχέεται με παρεμφερείς ψυχικές διαταραχές (Katon, et al., 2002). Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που επιδέχεται πολυεπίπεδη θεώρηση και απαιτεί να επικεντρωθούμε στους τρόπους βελτίωσης της ψυχολογίας των ασθενών. Ο ρόλος του νοσηλευτή χρειάζεται επομένως να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα.

Συμπεράσματα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η κατάθλιψη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα, που αυξάνεται διαρκώς, παράλληλα αυξάνεται και η θνησιμότητα του. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης αλλά η φαρμακοθεραπεία και οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αποδεικνύονται οι πιο αποτελεσματικές. Έναν από τους κυριότερους ρόλους στην θεραπεία της κατάθλιψης των έχουν οι νοσηλευτές.

Λέξεις ευρητηρίου: Κατάθλιψη, ψυχοθεραπεία, ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη.

ABSTRACT

Background: Depression is unpleasant mood of the person who summarized in a pathological state (intense and prolonged) sadness and accompanied by a significant reduction in the sense of personal worth and the painful consciousness of slowing cognitive, psychomotor and organic processes.

Purpose: The aim of this project is to give sufficient information concerning the clinical symptomatology of depression, to explore ways of diagnosis, especially in the new data and to consider the methods of treatment. We will focus mainly on the role of the nurse in depression. The therapeutic intervention is necessary for the quick recovery of the patient, the treatment of the problems of adapting the previous pace of everyday life and the subsequent smooth social reintegration. Beyond the protection of life of depressed people and relieve the physical symptoms of equal importance is the verbal communication of the nurse with the patient in order to improve their mental state and drive as fast as possible in the healing of his soul.

Material and Method: Carried international literature review in electronic databases PubMed, google scholar, Journal of nursing. The materials of the study were selected articles published mainly in the last decade in the English and Greek language.

Results: The diagnosis is imperative as it is a disease with early and appropriate intervention can be cured. Equally necessary but is investigating the causes that cause. Numerous researchers around the world are trying to detect the biological causes of the disease and to create new pharmaceuticals with higher coping chances of disease and fewer side effects. It is striking that despite the large percentage of patients are depressed in many cases the diagnosis is made too late and often confused with similar mental disorders (Katon, et al., 2002). Depression is an illness that opens and layered approach requires us to focus on ways to improve the psychology of patients. The roles of the nurse therefore need to adjust to new circumstances.

Conclusions: The review of the literature shows that depression is a very important problem, which is increasing alongside increases and mortality. The therapeutic approach involving many different responses but medication and

psychotherapeutic interventions are proving most effective. One of the main roles in the treatment of depression has nurses.

Key words: Depression, psychotherapy, the role of the nurse in depression, depressive symptoms, exercise, physical activity.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κατάθλιψη ως νοσολογική οντότητα είναι γνωστή από την αρχαιότητα, όταν ο Ιπποκράτης, αναφέροντας τους όρους μελαγχολία και μανία απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές. Ο όρος μανία αντιστοιχούσε στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και όχι στη νοσολογική έννοια της κατάθλιψης, όπως έχει διαμορφωθεί έως σήμερα. Επίσης, ο Όμηρος στην Ιλιάδα περιγράφει την αυτοκτονία του Αίαντα ως αποτέλεσμα της λύπης και της κατάθλιψής του. Η ονομασία «Κατάθλιψη» δόθηκε για πρώτη φορά το 1660 μ.Χ., ενώ η ευρεία χρήση του όρου «Κατάθλιψη» επικράτησε τον 19ο αιώνα μ.Χ (Χριστοδούλου, 2005).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, η αναγνώριση, αξιολόγηση και θεραπεία της κατάθλιψης έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον των επιστημών Υγείας, αφού ολοένα και περισσότερες μελέτες καταδεικνύουν αυξημένη συχνότητα εμφάνισης της νόσου. Επίσης αξίζει να σημειωθεί ότι η οικονομική κρίση που βιώνουμε τα τελευταία χρόνια έχει αποτελέσει αφορμή αναζωπύρωσης της νόσου, καθώς οι άνθρωποι υφίστανται οικονομικά πλήγματα, που οδηγούν σε ψυχικές διαταραχές, φτάνουν ως την κατάθλιψη και τελικά οδηγούν στην αυτοκτονία. Είναι αξιοσημείωτο ότι ο αριθμός των αυτοκτονιών στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια έχει πολλαπλασιαστεί και πάντα πίσω από αυτές κρύβεται η απόγνωση και η κατάθλιψη.

Μέσα από αυτό το πρίσμα, αποφάσισα να επιλέξω το θέμα της κατάθλιψης ως θέμα της πτυχιακής μου, με σκοπό να μάθω περισσότερες λεπτομέρειες και να μπορέσω να αποκτήσω τα εφόδια ώστε να ασχοληθώ αργότερα στο επαγγελματικό πεδίο. Η αντιμετώπιση της κατάθλιψης είναι πολύ σημαντική σε ατομικό, κοινωνικό και εθνικό επίπεδο διότι συνεπάγεται απώλεια της εργασίας, μείωση των οικονομικών πόρων της οικογένειας και το σημαντικότερο αύξηση των δαπανών υγείας.

Τελειώνοντας θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κ. Γκούβα Μαίρη για τη βοήθεια και την έμπνευση που μου έδωσε για να ολοκληρώσω την εργασία μου. Επίσης θα ήθελα να πω ένα μεγάλο ευχαριστώ στους γονείς μου, που ήταν πάντα δίπλα μου και στα εύκολα και στα δύσκολα και με στήριζαν σε κάθε μου επιλογή. Ως ένδειξη μεγάλης αγάπης αφιερώνω αυτή την εργασία μου στους γονείς, την αδερφή μου και τους παππούδες μου που πάντοτε βρίσκονται δίπλα μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη ορίζεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του άτομου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής θλίψης κατά την οποία συντελείται επιβράδυνση των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων που δεν συναντώνται σε άλλη νόσο. Οι ειδικοί, το σύνολο αυτών των συμπτωμάτων το χαρακτηρίζουν ως κατάθλιψη (HiCow, 2011). Συνιστά ψυχική διαταραχή που ανήκει στην ομάδα των διαταραχών διάθεσης. Συχνά παρατηρείται σύγχυση μεταξύ της φυσιολογικής θλίψης και της κλινικής κατάθλιψης. Γι αυτό το λόγο στην παρούσα εργασία γίνεται λεπτομερής αναφορά των συμπτωμάτων αλλά και των διαφόρων τύπων της νόσου που την ξεχωρίζουν από τις υπόλοιπες. Τα ποσοστά των καταθλιπτικών ασθενών αυξάνονται συνεχώς και οι επιστήμονες εκτιμούν ότι μέχρι το 2020 η κατάθλιψη θα συνιστά τη δεύτερη συχνότερη σοβαρή ασθένεια παγκοσμίως μετά το AIDS (Kennedy, et al., 2001).

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η άποψη του αρχαίου κόσμου ως προς την κατάθλιψη ,έμοιαζε αρκετά με την άποψη που ασπαζόμαστε εμείς για την κατάθλιψη (HiCow, 2011). Ο Ιπποκράτης υποστήριζε πως η μελαγχολία είναι μια νόσος του εγκεφάλου που θεραπεύεται με ιάματα που λαμβάνονται από το στόμα, οι γιατροί που τον ακολούθησαν αυτή την άποψη επικεντρώθηκαν στη σύσταση των υγρών του εγκεφάλου και στην δημιουργία αποτελεσματικών ιαμάτων (HiCow, 2011).

Στον Μεσαίωνα, η κατάθλιψη θεωρούνταν εκδήλωση της θεϊκής δυσμένειας, δηλαδή ήταν ένδειξη πως ο πάσχων είχε εξαιρεθεί από την θεία σωτηρία, λόγω αμαρτημάτων. Κατά την περίοδο αυτή, οι άρρωστοι στιγματιζόνταν και η αρρώστια θεωρούταν θεία τιμωρία, οι ασθενείς αυτή την εποχή σε ακραίες περιπτώσεις, αντιμετώπιζόνταν σαν άπιστοι (Kennedy, et al., 2001).

Κατά την Αναγέννηση, δόθηκε ένας νέος ρομαντικός ορισμός της κατάθλιψης. Ο καταθλιπτικός προβαλλόταν σαν πρότυπο του μελαγχολικού ιδιοφυούς, γεννημένου κάτω από το άστρο του Κρόνου, που η δυσθυμία του ήταν ενόραση και ο ευάλωτος ψυχισμός του ήταν το τίμημα για την καλλιτεχνική ευαισθησία και το πολυσύνθετο της ψυχής του (Katon, et al., 2009).

Κατά την διάρκεια της εξέλιξης της επιστήμης, από τον 17ο αιώνα έως τον 19ο αιώνα, οι επιστήμονες μέσα από πειραματισμούς επεδίωξαν να προσδιορίσουν τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου και προσπάθησαν να επεξεργαστούν βιολογικές και κοινωνικές στρατηγικές ώστε να περιθωριοποιήσουν το μυαλό έτσι ώστε να μην παραφεύγει από τις φυσιολογικές λειτουργίες του και την υγιή σκέψη (HiCow, 2011). Με πρωτεργάτες τον Σίγκμουντ Φρόιντ και τον Karl Abraham, στις αρχές του 20ου αιώνα, ξεκίνησε η σύγχρονη εποχή. Οι ψυχαναλυτικές ιδέες, αυτών των δύο σημαντικών για την ανθρωπότητα ανθρώπων, για το νου και τον εαυτό πλούτισαν μεγάλο μέρος του λεξιλογίου που χρησιμοποιούμε ακόμα και σήμερα, για να περιγράψουμε την κατάθλιψη και τις πηγές της. Αυτή η εξέλιξη σε αυτό τον τομέα συνεχίστηκε με δημοσιεύματα του Εμίλ Κρέπελιν, ο οποίος πρότεινε μια νέα βιολογική θεώρηση της ψυχικής αρρώστιας (HiCow, 2011).

Οι ψυχικές διαταραχές για μεγάλο χρονικό διάστημα αποκαλούνταν μελαγχολία, σήμερα χαρακτηρίζονται με την παράδοξα παραστατική λέξη κατάθλιψη (depression), η οποία χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στα αγγλικά για την

περιγραφή της κακής ψυχικής διάθεσης το 1660 και πέρασε σε κοινή χρήση στα μέσα του 19ου αιώνα (Grohol, 2010).

Ο Εμπεδοκλής περιέγραψε τη μελαγχολία ως συνέπεια της περίσσειας μαύρης χολής (μέλαινα χολή-μελαγχολία) και ο Ιπποκράτης ως νεωτεριστής, είχε προσεγγίσει ένα είδος σωματικής θεραπείας στα τέλη του 5ου αιώνα π.χ., όταν ακόμα η ίδια η ιδέα της νόσου και του γιατρού μόλις αναδυόταν (HiCow, 2011).

Ο Ιπποκράτης εντόπισε την πηγή του συναισθήματος, της σκέψης και της ψυχικής νόσου στον εγκέφαλο. Επίσης, είχε την άποψη ότι στη μελαγχολία αναμειγνύονται εσωτερικοί και περιβαλλοντικοί παράγοντες και ξεχώριζε την αρρώστια που εμφανιζόταν μετά από φοβερά συμβάντα από την αρρώστια που δεν είχε προφανές αίτιο (Medlook, 2011).

Εβδομήντα χρόνια μετά το θάνατο του Ιπποκράτη, η Σχολή του Αριστοτέλη ασκούσε ισχυρή επίδραση στον τρόπο που σκεφτόμαστε για τη σκέψη. Η άποψη του για την κατάθλιψη, αντίθετα με τον Ιπποκράτη, δεν ήταν τελείως αρνητική. Ο Αριστοτέλης ασπάστηκε την ιδέα της θείας παραφροσύνης από τον Πλάτωνα και την ιατρικοποίησε συσχετίζοντάς την με τη μελαγχολία (Grohol, 2010).

Ο Αριστοτέλης καθώς αναζητούσε τρόπους για να ανακουφίσει την πάθηση, πίστευε ότι μια ορισμένη ποσότητα μαύρης χολής ήταν απαραίτητη για τη μεγαλοφυΐα: «όλοι όσοι έχουν διαπρέψει στη φιλοσοφία, στην ποίηση, στην τέχνη και στην πολιτική, ακόμα και ο Σωκράτης και ο Πλάτων, είχαν μια μελαγχολική έξη, μερικοί μάλιστα υπέφεραν από τη νόσο της μελαγχολίας» (HiCow, 2011).

Εν κατακλείδι, οι προσπάθειες κατανόησης της κατάθλιψης χρονολογούνται από τον 4ο αιώνα π.χ., όταν ο Ιπποκράτης χρησιμοποίησε τον όρο μελαγχολία (μέλαινα χολή - μαύρη χολή) για να εξηγήσει την κατάθλιψη και την μελαγχολική προσωπικότητα (Happell, et al., 2008).

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής εργασίας είναι η βαθύτερη μελέτη του συγκεκριμένου θέματος ούτως ώστε να αναδειχθεί ο ρόλος των νοσηλευτικών διεργασιών στην κατάθλιψη.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1°

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Οκτακόσιες ογδόντα χιλιάδες Έλληνες υπολογίζεται ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Σήμερα αποτελεί την τέταρτη παγκοσμίως συχνότερη ασθένεια, ενώ οι στατιστικές προβλέψεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας για το 2020 την ανεβάζουν στην δεύτερη θέση ανεξαρτήτως φύλου και ηλικία (Χαρίλα, 2013).

Την τελευταία δεκαετία στη χώρα μας εξαπλασιάστηκε η χρήση φαρμάκων για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Σύμφωνα με το Ινστιτούτο Φαρμακευτικής Έρευνας και Τεχνολογίας (ΙΦΕΤ) σήμερα καταναλώνονται περίπου 144 εκατομμύρια χάπια το χρόνο (Katon, et al., 2009 ; Χαρίλα, 2013). Υποστηρίζεται από ειδικούς πως οι αιτίες για την αύξηση της κατανάλωσης φαρμάκων είναι πολλές, οι σημαντικότερες είναι η αύξηση στη συχνότητα των καταθλιπτικών συνδρόμων, η καλύτερη διάγνωση της νόσου αλλά και η κυκλοφορία στο εμπόριο νέων σκευασμάτων τα οποία έχουν λιγότερες παρενέργειες από τα προηγούμενα σκευάσματα (Katon, et al., 2009).

Οι σύγχρονοι Έλληνες αφενός, ενημερώνονται καλύτερα για τις ψυχικές νόσους και πηγαίνουν πολύ πιο εύκολα σε ένα ειδικό της ψυχικής υγείας καταρρίπτοντας κοινωνικά ταμπού. Αφετέρου η σύγχρονη πιεστική και αγχώδης καθημερινότητα αυξάνει τα κρούσματα κατάθλιψης. 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 τους γιατρούς των νοσοκομείων, η κατάθλιψη πλήττει συχνότερα τις γυναίκες απ' ό,τι τους άνδρες με μία αναλογία 3 προς 2. Οι περισσότερες από τις γυναίκες που απευθύνονται στα νοσηλευτικά ιδρύματα είναι εργαζόμενες ηλικίας 30 έως 50 ετών, οι οποίες αδυνατούν να ανταποκριθούν στις πολλαπλές υποχρεώσεις που έχουν αναλάβει (πολύωρη δουλειά, σπίτι και παιδιά, ταυτοχρόνως) - ιδίως όταν δεν έχουν βοήθεια στο μέγαλωμα των παιδιών, κατά τον κ. Γεώργιο Χριστοδούλου καθηγητή Ψυχιατρικής στο Πανεπιστήμιο Αθηνών (Katon, et al., 2009).

Κεφάλαιο 2°

ΕΠΙΠΟΛΑΣΜΟΣ

Η κατάθλιψη είναι συχνότερη σε άγαμους, διαζευγμένους και σε κατοίκους των αγροτικών περιοχών (WHO, 2012). Υπολογίζεται πως το 6% του γενικού πληθυσμού πάσχει από κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως και 550 χιλιάδες στην Ελλάδα. Παγκοσμίως οι γυναίκες αντιμετωπίζουν κατάθλιψη δύο φορές συχνότερα από τους άνδρες. Κατά την 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. Εκτός από τις βιολογικές διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες, οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες και τα διαφορετικά στρεσογόνα γεγονότα της ζωής των γυναικών (τοκετοί, ανατροφή παιδιών, κλιμακτήριος) αλλά και το γεγονός ότι παραδέχονται ευκολότερα ότι είναι καταθλιπτικές, είναι οι παράγοντες που διαμορφώνουν τα παραπάνω ποσοστά (WHO, 2012).

Κεφάλαιο 3°

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα μιας συνισταμένης παραγόντων. Οι παράγοντες αυτοί ομαδοποιούνται στις ακόλουθες κατηγορίες:

3.1 ΓΕΝΕΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Αν ένα άτομο έχει κληρονομήσει μέσω των γονιδίων του χαρακτηριστικά προσωπικότητας με προδιάθεση κατάθλιψης είναι περισσότερο εκτεθειμένο στον κίνδυνο εμφάνισης της νόσου. Από μελέτες διδύμων επίσης έχει προκύψει ότι αν ένα δίδυμο αναπτύσσει τη διαταραχή, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, σε ποσοστό ακόμη και ως 50%, για το άλλο να επηρεαστεί (MID, 2009 ; Happell et al., 2008).

3.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Τα αίτια αυτά σχετίζονται με αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν ανισορροπίες των νευροδιαβιβαστών, δηλαδή βιοχημικών ουσιών μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Μελέτες σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα που δρουν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου έδειξαν ότι αυξάνοντας τη συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο αυξάνονται τα ποσοστά επιτυχούς αντιμετώπισης της κατάθλιψης (Happell et al., 2008).

Η ανεπάρκεια σεροτονίνης και νορεπινεφρίνης εμπλέκονται με τη δημιουργία κατάθλιψης. Μια ανεπάρκεια στη σεροτονίνη μπορεί να ευθύνεται για διαταραχές στον ύπνο, ευερεθιστικότητα και άγχος, ενώ μειωμένη ποσότητα της νορεπινεφρίνης μπορεί να συνδέεται με αισθήματα κόπωσης, εξάντλησης και εν

γένει καταθλιπτικής διάθεσης (Krishnan, 2002 ; Happell et al., 2008 ; Κοκκώλης, 2004).

3.3 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Μελέτες παρουσιάζουν ότι παιδικά τραύματα, σημαντικές απώλειες όπως η βίωση του θανάτου ενός αγαπημένου πρόσωπου, η βίωση ενός χωρισμού, η έκθεση σε βία, οι οικογενειακές συγκρούσεις, η φτώχεια, τα οικονομικά προβλήματα, το καθημερινό άγχος αυξάνουν την πιθανότητα για άτομα που είναι ήδη επιρρεπή στην εκδήλωση κατάθλιψης να εμφανίσουν αυτή τη διαταραχή (Anapolis, 2012).

Άτομα που ως παιδιά έχουν βιώσει σοβαρά και δύσκολα γεγονότα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν κατάθλιψη ως ενήλικες. Αλλά και αλλαγές στη ζωή ενός ενήλικα που οφείλονται σε εξωγενή παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης. Για παράδειγμα η απώλεια της θέσης εργασίας, η συνταξιοδότηση, το επαγγελματικό στρες, ένας γάμος, ο ερχομός ενός παιδιού δεν αφήνουν ανεπηρέαστο έναν άνθρωπο (Ladegaard, et al., 2015 ; MID, 2009 ; Happell, et al., 2008 ; Anapolis, 2012).

3.4 ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, εξαρτημένα από τους άλλους, υπερβολικά ευαίσθητα, κοινωνικά απομονωμένα, ενοχικά, απαισιόδοξα, τελειομανή και μυστικοπαθή είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εκδήλωση κατάθλιψης (Ρομφαία, 2012). Έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι άτομα που υποφέρουν από παθήσεις όπως καρδιακά προβλήματα, καρκίνο, νόσο του Πάρκινσον και ορμονικές διαταραχές τείνουν να εμφανίσουν κατάθλιψη (Holms, 2010).

Επίσης άτομα με χρονιές ασθένειες ή άτομα με κάποια μορφή αναπηρίας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης (MID, 2009 ; Happell, 2008 ; Ρομφαία, 2012 ; Holms, 2010).

Κεφάλαιο 4°

ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι τύποι της κατάθλιψης είναι οι ακόλουθοι: η διπολική διαταραχή τύπου I (μανία), η διπολική διαταραχή τύπου II (υπομανία), η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η επιλόχεια κατάθλιψη που αφορά τις εγκύους, η δυσθυμία, η ψυχωτική διαταραχή, η κυκλοθυμική διαταραχή, η εποχιακή διαταραχή, και ως προς το φύλο και την ηλικία διακρίνουμε την βρεφική, την παιδική, την εφηβική καθώς και την κατάθλιψη των ηλικιωμένων ατόμων (Sheila, et al.,2010).

4.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (ΜΟΝΟΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ)

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή (γνωστή και ως κλινική κατάθλιψη, μείζων κατάθλιψη, μονοπολική διαταραχή ή απλώς κατάθλιψη), είναι ο πιο συχνός τύπος κλινικής κατάθλιψης και αποτελεί μια από τις σοβαρότερες μορφές (Tyrell, 2011). Σε αυτή τη μορφή το άτομο διαταράσσεται και χαρακτηρίζεται από έντονη θλίψη, απογοήτευση και μελαγχολία (Anapolis, 2012).

4.1.1.ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή χαρακτηρίζεται από σοβαρά καταθλιπτική διάθεση η οποία παραμένει για τουλάχιστον δύο εβδομάδες. Μπορεί να εμφανιστεί ένα και μοναδικό επεισόδιο ή η νόσος να μεταπέσει σε χρόνια ή υποτροπιάζουσα μορφή. Επεισόδια μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής μπορεί να χαρακτηριστούν ως ελαφρά, ήπια ή σοβαρά. Διαχωρίζεται σε :

- Κατάθλιψη με μελαγχολικά χαρακτηριστικά: Η μελαγχολία χαρακτηρίζεται από απώλεια της απόλαυσης (ανηδονία) σε όλες ή στις περισσότερες δραστηριότητες, είναι ένα είδος κατάθλιψης πιο ισχυρό από αυτό που επικρατεί στην θλίψη, την δυστυχία ή την στενοχώρια. Τα συμπτώματα επιδεινώνονται τις πρωινές ώρες, ο ασθενής ξυπνά τις πρωινές ώρες ακόμη

και αν έχει κοιμηθεί λίγο. Υπάρχει επίσης ψυχοκινητική επιβράδυνση, ανορεξία και έντονο αίσθημα ενοχής.

- Κατάθλιψη με άτυπα χαρακτηριστικά: Η άτυπη κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από αντιδραστικότητα της διάθεσης (παράδοξη ανηδονία) και θετικότητα, αύξηση βάρους και αυξημένης όρεξης για φαγητό, υπνηλία ή υπερυπνία και έντονη κοινωνική φθορά ως συνέπεια της υπερευαισθησίας στην αντιλαμβανόμενη διαπροσωπική απόρριψη. Αντίθετα με την ονομασία της, η άτυπη κατάθλιψη είναι η πιο συχνή μορφή κατάθλιψης.
- Κατάθλιψη με Ψυχωτικά χαρακτηριστικά: Μερικά άτομα με μείζονα επεισόδια κατάθλιψης ή μανίας μπορεί να εμφανίσουν ψυχωτική κατάθλιψη. Αυτή η μορφή παρουσιάζεται με παραισθήσεις και αυταπάτες (American Psychiatric Association, 2000).

4.1.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Συμπτώματα είναι: έλλειψη ενδιαφέροντος για τις συνηθισμένες δραστηριότητες, το άτομο αισθάνεται κουρασμένο συνεχώς, εμφανίζει και προβλήματα ύπνου αφού τις περισσότερες ώρες έχει αϋπνία (Mayo clinic staff, 2011), αλλαγές στη διατροφή, ευερεθιστότητα, σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας, αισθήματα ενοχής, αναξιοσύνης και απελπισίας και δυσκολία στη μνήμη, τη συγκέντρωση ή στη λήψη αποφάσεων (Tyrell, 2011).

4.1.3 ΑΙΤΙΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα αίτια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής κατατάσσονται σε:

Α) Γενετικούς παράγοντες.

Β) Νευρολογικούς παράγοντες: Ορισμένες χημικές ουσίες όπως η σπερμτοξίνη, η νορεπινεφρίνη, η ντοπαμίνη και η προλακτίνη σχετίζονται με το συναίσθημα τη διάθεση και τη μνήμη. Γι' αυτό πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να αλλάξουν τα επίπεδα ορισμένων νευροδιαβιβαστών δηλαδή των παραπάνω χημικών ουσιών που μεταβιβάζουν την νευρική διέγερση από τον έναν νευρώνα στον άλλον (Kneisl, et al., 2009).

Γ) Ιατρικές παθήσεις.

Δ) Διαβητολογικούς παράγοντες.

Ε) Ποιότητα ύπνου.

ΣΤ) Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Kneisl, et al., 2009).

4.1.4. ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης (American Psychiatric Association, 2007) γίνεται κυρίως: με φάρμακα, όπως είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης τα οποία λαμβάνονται τακτικά και δίνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα. Θεραπεία επίσης μπορεί να γίνει και με ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Η θεραπεία αυτή συνήθως χρησιμοποιείται σε βαριά μορφής κατάθλιψης ειδικά όταν το άτομο έχει ψύχωση, τάσεις αυτοκτονίας, αρνείται να φάει ή και να πει ακόμα. Η δράση είναι άμεση και μπορεί να τον θεραπεύει αμέσως σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά που απαιτούν περισσότερο χρόνο. Γίνονται 6-10 συνεδρίες και συχνότητα 3-4 φορές την εβδομάδα. Τέλος μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ένας άλλος τρόπος θεραπείας είναι και η ψυχοθεραπεία. Διάφορα είδη ψυχοθεραπείας όπως η γνωστική, η ομαδική και η ομαδική μπορούν να βοηθήσουν στη θεραπεία της κατάθλιψης (American Psychiatric Association, 2007). Η θεραπεία γίνεται ακόμα πιο αποτελεσματική όταν γίνεται συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής (Grohol, 2010).

4.2. ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

4.2.1. ΟΡΙΣΜΟΣ

Γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη, μια πολύ σοβαρή ψυχική ασθένεια που μπορεί να προκαλέσει σοβαρές αλλαγές στην συμπεριφορά του ατόμου (Sheila, et al., 2010). Η διπολική διαταραχή συνήθως εμφανίζεται στο τέλος της εφηβικής ηλικίας ενός ατόμου, το μεγαλύτερο ποσοστό την εμφανίζει σε ηλικία κάτω των 25 ετών. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να εμφανίσουν διπολική διαταραχή τύπου 1 κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας και άλλοι πάλι μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα πολύ αργότερα στη ζωή τους και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Οι περισσότεροι άνθρωποι επιστρέφουν στη φυσιολογική λειτουργικότητα τους κατά

τη διάρκεια ύφεσης της διαταραχής αλλά ένα ποσοστό 20 με 30 % εξακολουθούν να έχουν κάποια συμπτώματα και κάποιοι άλλοι ίσως έχουν περιόδους υποτροπής (Thakur, et al., 2010). Αν δεν χορηγηθεί η κατάλληλη θεραπεία εγκαίρως, οι διακυμάνσεις μεταξύ κατάθλιψης και μανίας θα γίνονται μεγαλύτερες και ο χρόνος μεταξύ τους θα γίνει μικρότερος (Tyrell, 2011).

4.2.2. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΦΑΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα σημεία και συμπτώματα της καταθλιπτικής φάσης της διπολικής διαταραχής περιλαμβάνουν αίσθημα θλίψης, άγχους, ενοχής, θυμό, απομόνωση και απελπισία καθώς και διαταραχές στον ύπνο και την όρεξη. Κόπωση και απώλεια ενδιαφέροντος σε συνήθως ευχάριστες δραστηριότητες, προβλήματα συγκέντρωσης, μοναξιά, απέχθεια προς τον εαυτό, απάθεια ή αδιαφορία, αποπροσωποποίηση, απώλεια ενδιαφέροντος για σεξουαλική δραστηριότητα, κοινωνικό άγχος, ευερεθιστότητα, χρόνιος πόνος (με ή χωρίς γνωστή αιτία), έλλειψη κινήτρων και σκέψεις αυτοκτονίας επίσης εμφανίζονται. Σε σοβαρές περιπτώσεις, το άτομο μπορεί να γίνει ψυχωτικό, μια κατάσταση γνωστή ως διπολική κατάθλιψη με ψυχωσικά χαρακτηριστικά. Αυτά τα συμπτώματα περιλαμβάνουν ψευδαισθήσεις ή, λιγότερο συχνά, παραισθήσεις, συνήθως δυσάρεστες. Ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο διαρκεί για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, και μπορεί να συνεχιστεί για πάνω από έξι μήνες, αν αφεθεί χωρίς θεραπεία (Tyrell, 2011).

4.3 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η επιλόχεια κατάθλιψη εμφανίζεται μετά τη γέννα καθώς η εγκυμοσύνη και η γέννα είναι γεγονότα τα οποία εξασθενούν τη μητέρα σωματικά και συναισθηματικά. Επιπλέον, παρατηρούνται πολύ μεγάλες ορμονικές αλλαγές στο σώμα της μητέρας, έτσι επηρεάζεται και η διάθεση της και μπορεί να προκληθούν χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο και να προκαλέσουν κατάθλιψη (Μωραΐτου, 2004). Εμφανίζει άγχος για το αν μπορεί να ανταπεξέλθει σωστά στο ρόλο της καλής μητέρας. Αισθήματα πίεσης την διακατέχουν από τις αλλαγές της ρουτίνας στην εργασία και το σπίτι (Tyrell, 2011). Σχεδόν το 70% των γυναικών βιώνουν διαταραχές διάθεσης τις πρώτες 10 ημέρες μετά τη γέννηση του παιδιού. Μπορεί

να ζημιώσει μόνιμα τη σχέση της μητέρας και του παιδιού, αλλά και τις άλλες οικογενειακές σχέσεις. Στη χειρότερη περίπτωση, η μητέρα μπορεί να εγκαταλείψει, να τραυματίσει ή ακόμα και να σκοτώσει το παιδί της (Tyrell, 2011).

4.3.1 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης γίνεται με:

1) **Ορμόνες:** Η ορμονική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην απότομη πτώση των οιστρογόνων και στη συνέχεια να μειωθούν και τα συμπτώματα που νιώθει η γυναίκα (Δασκαλόπουλος, 2006).

2) **Αντικαταθλιπτικά:** Το πρόβλημα εδώ είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και θηλασμού. Αν η γυναίκα λαμβάνει κάποιο φάρμακο αυτό θα έχει ως συνέπεια να περάσει μέσω του θηλασμού και στο μητρικό γάλα άρα να επιβαρυνθεί και το βρέφος. Ωστόσο ορισμένα αντικαταθλιπτικά μπορούν να δοθούν κατά τη διάρκεια του θηλασμού με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων παρενεργειών για το βρέφος (Δασκαλόπουλος, 2006).

3) **Ψυχοθεραπεία:** Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει μια γυναίκα να ξεπεράσει τη κατάθλιψη όμως ακόμα καλύτερο θα ήταν ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και της ψυχοθεραπείας. Τέλος σημαντικό ρόλο παίζει η οικογένεια η οποία με τη στήριξη της θα παρέχει μεγάλη βοήθεια στη νεαρή μητέρα (Δασκαλόπουλος, 2006).

4.4 ΔΥΣΘΥΜΙΑ

4.4.1.ΟΡΙΣΜΟΣ

Η δυσθυμία αποτελεί μια ήπιας μορφή κατάθλιψη που μπορεί να καταπέσει σε χρόνια κατάσταση (Fava, et al., 2008). Είναι λιγότερο σοβαρή, αλλά πιο μακροχρόνια κατάθλιψη. Η κύρια διαφορά της από τη μείζονα κατάθλιψη έγκειται στον αριθμό και στη διάρκεια των συμπτωμάτων. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι λιγότερο έντονα, μπορεί να μην εμφανίζονται καθημερινά, αλλά συναντώνται

τις περισσότερες ημέρες κατά τη διάρκεια τουλάχιστον δύο ετών (Tyrell, 2011 ; MID, 2009).

4.4.2. ΤΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΥΣΘΥΜΙΑΣ

Τα αίτια για τη δυσθυμία δεν έχουν ερευνηθεί πλήρως. Συνήθως βιοχημικοί, περιβαλλοντικοί, γενετικοί παράγοντες είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση δυσθυμικής διαταραχής. Ακόμη ένα διαζύγιο, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ψυχολογική βία, κακοποίηση, διαταραγμένες σχέσεις με την οικογένεια και με το κοινωνικό του περίγυρο αποτελούν αιτία για την εμφάνιση δυσθυμικής διαταραχής (Langenfeld, 2011).

Όλα τα παραπάνω εξαρτώνται και από το χαρακτήρα του καθένα και το πώς αντιλαμβάνεται το κόσμο και τη ζωή γύρω του. Οι αρνητικές σκέψεις είναι αυτές που καθορίζουν τα συναισθήματα. Έτσι ένα καταθλιπτικό άτομο έχει τη τάση να τα βλέπει όλα αρνητικά και να υποτιμάει τα θετικά που συμβαίνουν δημιουργώντας έτσι ένα περιβάλλον απογοήτευσης, μελαγχολίας και απελπισίας (Langenfeld, 2011).

4.5 ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η ψυχωτική κατάθλιψη θεωρείται μια από τις πιο επικίνδυνες μορφές κατάθλιψης. Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι χρόνια και κυκλική κατάσταση. Ένα άτομο μπορεί να έχει ήπια επεισόδια κατάθλιψης με στιγμές ακραίας ψύχωσης. Ορισμένα άτομα με μείζονα κατάθλιψη μπορεί να εμφανίσουν αργότερα και ψυχωτική κατάθλιψη. Ο ασθενής ζει με ψευδαισθήσεις, αυτές οι ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, γευστικές η απτικές.

Το άκουσμα φωνών μπορεί να είναι φιλικό, εχθρικό, η απειλητικό (Anarolis, 2012). Επίσης έχει αισθήματα ενοχής για καταστάσεις του παρελθόντος και πιστεύει πως θα πρέπει να πεθάνει. Ακόμη ένα σοβαρό σύμπτωμα είναι και οι παραληρητικές ιδέες. Είναι λοιπόν λανθασμένες πεποιθήσεις, τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους γύρω του. Πιστεύει πως κάποιος τον παρακολουθεί, τον κατασκοπεύει ή προσπαθεί να τον βασανίσει. Η θεραπεία της ψυχωτικής

διαταραχής γίνεται με φαρμακευτική αγωγή και με ψυχοθεραπεία (Anapolis, 2012).

4.6 ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Κυκλοθυμία είναι μια κατάσταση στην οποία περίοδοι κατάθλιψης εναλλάσσονται από περιόδους υπερβολικής ευθυμίας (Kneisl, et al., 2009). Αρχικά θεωρήθηκε πως αποτελεί διαταραχή της διάθεσης αλλά σήμερα συγκαταλέγεται στις διπολικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για ανθρώπους που την μια εμφανίζονται γεμάτοι ζωντάνια και ενέργεια και την άλλη καταθλιπτικοί και απαισιόδοξοι (Μενιδιάτου, 2012). Τα συμπτώματα δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε η πάθηση να κατατάσσεται στην μείζονα κατάθλιψη με μανιακά επεισόδια. Μερικές φορές οι ασθενείς δεν παραδέχονται την πάθηση τους και προσπαθούν να δικαιολογήσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης που παρουσιάζουν με διάφορους τρόπους (Κωστοπούλου, 2010). Ο ασθενής διακατέχεται από πολλές περιόδους υπομανίας και κατάθλιψης για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών χωρίς όμως να συγκαταλέγεται στην κατηγορία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Μέσα στο διάστημα αυτό το άτομο βάλλεται συνεχώς από τα συμπτώματα. Επιπλέον τα δυο χρόνια αυτά ο ασθενής δεν παρουσιάζει κάποιο μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Επίσης τα συμπτώματα δεν συγχέονται με σχιζοφρένεια η κάποια σχιζοφρενική διαταραχή καθώς και δεν προέρχονται από χρήση κάποιας ουσίας(ναρκωτικά, φάρμακα η παθολογικών αιτιών (υπερθυρεοειδισμός) (Κωστοπούλου, 2010).

Τέλος τα συμπτώματα δημιουργούν άγχος και μείωση της κοινωνικότητας του. Για την αντιμετώπιση της κυκλοθυμικής διαταραχής είναι απαραίτητη και η ψυχοθεραπεία και η φαρμακοθεραπεία. Σε πολλές περιπτώσεις όμως η ψυχοθεραπεία μπορεί από μόνη της να οδηγήσει στην εξάλειψη του προβλήματος. Η θεραπεία που θα ακολουθηθεί εξαρτάται από τη βαρύτητα της διαταραχής καθώς και τις ιδιαιτερότητες του ασθενούς (Κωστοπούλου, 2010).

4.7 ΕΠΟΧΙΑΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Όταν οι καιρικές συνθήκες δεν είναι καλές για μεγάλο χρονικό διάστημα δηλαδή επικρατεί συννεφιά και βροχόπτωση, υπάρχει επιδείνωση των συμπτωμάτων κατάθλιψης (Μίνου, 2004). Τότε βλέπουμε πως το άτομο γίνεται λιγότερο παραγωγικό διότι υπάρχει ανάγκη για παραμονή στο σπίτι, επιθυμία για ύπνο, μικρότερη απόδοση στον τομέα εργασίας του. Αντίθετα τις θερμές ημέρες του καλοκαιριού παρατηρείται έντονος εκνευρισμός και δυσφορία που καμία φορά οδηγεί και σε επιθετικότητα. Συμπερασματικά καταλήγουμε πως κάθε εποχή επιδρά με τον δικό της τρόπο στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων (Medlook, 2011).

Ωστόσο, σε μερικούς ανθρώπους, εμφανίζεται τακτικά το χειμώνα, όταν οι μέρες είναι πιο μικρές και το φως λιγότερο. Όσοι ζούνε σε σημεία της γης όπου οι χειμώνες είναι μεγάλοι και σκοτεινοί, έχει ανακαλυφθεί πως οι διακοπές σε ηλιόλουστα και ζεστά μέρη μπορούν να βελτιώσουν τη διάθεσή τους. Κάποια άτομα τα βοηθά η φωτοθεραπεία, ενώ σε άλλες περιπτώσεις απαιτείται θεραπεία με αντικαταθλιπτικά για να ξεπεράσει κάποιος το χειμώνα και να φθάσει ως την άνοιξη χωρίς να υποφέρει υπερβολικά (Tyrell, 2011).

Κεφάλαιο 5°

Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

5.1 ΒΡΕΦΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Μετά από έρευνες του R. Spitz σε ορφανοτροφεία μετά τον Παγκόσμιο πόλεμο παρατηρήθηκε ότι και τα βρέφη μπορούν να βιώσουν αγχωτικές καταστάσεις και να έχουν αισθήματα λύπης και αποχωρισμού. Η κλινική εικόνα περιέγραψε ένα βρέφος 6 - 8 μηνών το οποίο χωρίζεται από τη μητέρα του, να εμφανίζει γενική απάθεια, αδιαφορία προς το περιβάλλον, ανορεξία και αϋπνία. Εύκολα μπορεί να αποκατασταθεί αυτή η καταστεί εάν στον 3 - 5 μήνα μετά τον αποχωρισμό βρεθεί μητρικό υποκατάστατο (Kneisl, et al., 2009 ; Vitiello & Jensen, 1997).

Πλέον η βρεφική κατάθλιψη εκδηλώνεται με αδυναμία διάθεσης όπως να φάει, να ακούσει, να μυρίσει και η κατάσταση αυτή ονομάζεται «κρύα» κατάθλιψη ή «σύνδρομο του άδειου» που εκφράζει την αδιαφορία του βρέφους για τον εαυτό του και την οικογένεια του.

5.2 ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ

Η παιδική και η εφηβική κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή, που μπορεί να υποπέσει σε χρόνια κατάσταση, η οποία μπορεί να επηρεάσει τόσο τη ζωή του παιδιού όσο και τη ζωή των γονιών. Παιδική και εφηβική κατάθλιψη θεωρείται χρόνια πάθηση και μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στην λειτουργικότητα του παιδιού. Είναι δύσκολο να διαγνωστεί από ειδικούς ψυχική υγείας διότι το παιδί δε μπορεί να εκφράσει με λόγια αυτό που βιώνει γι αυτό εκφράζουν συνήθως τη κατάθλιψη με σωματικά ενοχλήματα (Nardi, 2007). Έχουν πόνους στη κοιλιακή χώρα, πονοκέφαλους, αποφυγή πρόσληψης τροφής, αϋπνία. Το παιδί μπορεί να αλλάξει συμπεριφορά να γίνει επιθετικό, νευρικό, απομονωμένο. Μπορεί όμως εύκολα να «κρυφτεί» διότι τα παιδιά δε παραπονιούνται ούτε μπορούν να εκφράσουν λεκτικά τι τους βασανίζει (ΕΠΙΨΥ,

2010). Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή εκδηλώνεται σε περίπου ίδια αναλογία σε αγόρια και κορίτσια, σε αντίθεση με τους εφήβους και τους ενήλικες όπου υπερτερούν οι γυναίκες. Η διαφορά αποδίδεται σε διαφορετικές αιτίες, όπως αλλαγές στο επίπεδο των ορμονών, οι οποίες μπορούν να προδιαθέτουν σε κάποια ευαισθησία. Ωστόσο η εφηβεία συνοδεύεται και από σημαντικές αλλαγές στις γνωστικές λειτουργίες, καθώς και από διαφορετικές ψυχοπνευματικές καταστάσεις. (Lunde, et al., 2007 ; Kneisl, et al., 2009).

Στην εφηβεία τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορούν να οδηγήσουν τους νέους να φοράνε μαύρα ρούχα, να γράφουν ποιήματα με κύριο θέμα το θάνατο ή να ασχολούνται με μουσικά θέματα τα οποία έχουν και αυτά ως κύριο θέμα το θάνατο. Προβλήματα ύπνου μπορεί να συνδέονται με τη δυσκολία να ξυπνάνε το πρωί για το σχολείο ή να κοιμούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Έλλειψη κινήτρων και ενέργειας έχουν ως συνέπεια να χάνουν σχολικά μαθήματα. Η κατάθλιψη στην εφηβεία εμφανίζεται επίσης σε άτομα που πάσχουν από προβλήματα επικοινωνίας, υπαρξιακά προβλήματα ή προβλήματα διατροφής. Η γνωστική θεραπεία είναι πιο αποτελεσματική στην εφηβική κατάθλιψη (Corruel, 2009 ; Primak, et al., 2009 ; Kneisl, et al., 2009).

Η κλινική εικόνα της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης παρουσιάζει αρκετές διαφορές σε σχέση με τους ενήλικες. Εδώ το παιδί και ο έφηβος είναι θλιμμένοι, δυστυχισμένοι έχουν ελλειψη ενδιαφέροντος και απώλεια ευχαρίστησης, αλλάζει η συμπεριφορά τους, μείωση σχολικού ενδιαφέροντος και μαθησιακού ενδιαφέροντος, απομόνωση από τα παιδιά της ηλικίας. Το παιδί κουράζεται εύκολα, μπορεί ακόμη να δυσκολεύεται να πραγματοποιήσει τα μαθησιακά καθήκοντα του. Στη σχολική ηλικία μπορεί να εκφράσουν ιδέες αυτοκτονίας χωρίς όμωσ να γίνουν απόπειρες (Ouzouni, 2008).

Στους εφήβους το ποσοστό αυτοκτονίας αυξάνεται σημαντικά και σε διπλάσιο βαθμό τα παιδιά είναι οργισμένα, νευριάζουν δεν υπακούουν στους γονείς και τους εκπαιδευτικούς (Λαζαράτου, 2001). Η κυκλοθυμική διαταραχή είναι πολύ συχνή και εμφανίζεται έντονα σε παιδιά σχολικής ηλικίας με εναλλαγές της συμπεριφοράς από λύπη σε χαρά και αντίστροφα. Επιπλέον εμφανίζονται πολύ συχνά και διαταραχές ύπνου (Medlook, 2010). Στους εφήβους συχνά συμπεριλαμβάνεται η χρήση ναρκωτικών ουσιών και οίονοπνεύματος, διαταραχές διατροφής και φοβίες σε ορισμένα φαγητά, άγχος αποχωρισμού γονιών, απροθυμία των παιδιών να πάνε στο σχολείο, με αποτέλεσμα ορισμένοι από αυτούς να εγκαταλείψουν οριστικά το

σχολείο και να αναπτύξουν στοιχεία εγκληματικότητας και παραβατικότητας (Bradley, et al., 2009).

5.2.1 ΑΙΤΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Α) Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες: Το οικογενειακό ιστορικό είναι ένας παράγοντας που οδηγεί τα παιδιά στην κατάθλιψη, όταν έχουν κρούσματα στην οικογένεια. Μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν τα παιδιά όταν νοσούν και οι δυο γονείς (Nardi, 2007).

Β) Οικογενειακοί παράγοντες και ατομικοί παράγοντες: Όταν οι γονείς διαπληκτίζονται μπροστά στο παιδί, όταν σε καθημερινή βάση υπάρχει ένταση και άγχος μέσα στο σπίτι, όταν κακοποιείται ένα παιδί η έφηβος από τους γονείς του και σωματικά και ψυχικά είναι πιο εύκολο να εμφανίσει κατάθλιψη (Nardi, 2007). Ακόμη ένα διαζύγιο, ένας θάνατος ενός σημαντικού προσώπου της οικογένειας, έλλειψη υποστήριξης από τους γονείς προς το παιδί, εμπαιγμός άλλων παιδιών προς το παιδί, δυσκολία απόκτησης φίλων αποτελούν αίτιες κατάθλιψης. Στους εφήβους αποτελεί σημαντικό αίτιο και η ερωτική απογοήτευση αλλαγή σχολείου και η σχολική αποτυχία (Nardi, 2007).

Γ) Γνωστική προσέγγιση: Τα παιδιά εμφανίζονται καταθλιπτικά, παρουσιάζουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και έντονη απογοήτευση. Νιώθουν τελείως αβοήθητα και ότι δεν υπάρχει στήριξη από πουθενά. Δυσκολεύονται επίσης στη δημιουργία νέων φίλων. Τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν έναν αρνητικό τρόπο να ερμηνεύουν τα πράγματα που τους συμβαίνουν. Για παράδειγμα μια κακή σχολική βαθμολογία η απόρριψη από τους συμμαθητές του τους γεμίζει με άγχος (Nardi, 2007).

Μια μελέτη αναζήτησε σε καταθλιπτικά παιδιά αν αυτή η άρνηση που τους διακρίνει είναι αποτέλεσμα της κατάθλιψης ή είναι απλά στοιχείο του χαρακτήρα του κάθε παιδιού. Το συμπέρασμα έδειξε πως ακόμη και μετά το τέλος του καταθλιπτικού επεισοδίου τα συγκεκριμένα παιδιά συνέχιζαν να έχουν την ίδια στάση με κίνδυνο εμφάνισης νέων καταθλιπτικών επεισοδίων (Medlook, 2010). Η θεραπεία περιλαμβάνει την ψυχοθεραπευτική μέθοδο. Συνήθως η ψυχοθεραπεία είναι γνωστικού, συμπεριφορισμού, ατομικού και οικογενειακού χαρακτήρα αφού ειδικός ψυχικής υγείας συζητάει πρώτα με τους γονείς (Nardi, 2007). Η φαρμακευτική αγωγή στα παιδιά δε συνίσταται παρά μόνο σε βαριές μορφές κατάθλιψης (Nardi, 2007). Στους εφήβους η νεότερη γενιά αντικαταθλιπτικών όπως οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης μπορεί να βοηθήσει σε

αντίθεση με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά όπως ήταν τα τρικυκλικά που προκαλούν πολλές παρενέργειες.

Τέλος ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας θα βοηθήσει τόσο τα παιδιά όσο και τους εφήβους για την εξάλειψη της νόσου και τη καλύτερη δυνατή μετάβαση στην ενήλικη ζωή και αντίστοιχα στην εφηβική ζωή (Nardi, 2007).

5.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΣΤΟΥΣ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΥΣ (ΑΝΩ ΤΩΝ 65 ΕΤΩΝ)

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους δεν διαφέρει από αυτή στους άλλους ενήλικες (Tyrell, 2011). Αλλά, η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα (Patiño Villada, et al., 2013). Είναι σημαντικό αν ένας ηλικιωμένος έχει άλλα προβλήματα υγείας και υποφέρει από κατάθλιψη να λάβει αγωγή και γι' αυτήν (Tyson, 2011).

Η φθίνουσα υγεία, ο πόνος που γίνεται πιο δυνατός και η ανικανότητα, καθώς και η μοναξιά λόγω της πιθανής απώλειας του συντρόφου ή η κοινωνική απομόνωση, μπορούν να συνεισφέρουν στην κατάθλιψη. Είναι πολύ σημαντικό η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους να αναγνωρίζεται και να θεραπεύεται. Οι ηλικιωμένοι που υποφέρουν από κατάθλιψη είναι πιο πιθανό να παραπονεθούν για σωματικά προβλήματα, αυξημένο άγχος ή προβλήματα με την μνήμη και τη συγκέντρωση, παρά για τα τυπικά συμπτώματα της κατάθλιψης (Tyrell, 2011 ; Tyson, 2011).

Κεφάλαιο 6°

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα κυριότερα συμπτώματα της κατάθλιψης σε συναισθηματικό - νοητικό επίπεδο είναι τα ακόλουθα (Σκαπινάκης, 2003): Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη νιώθει μια ανεξήγητη οδύνη και θλίψη. Είναι συναισθηματικά ευάλωτο σε οποιοδήποτε ερέθισμα του περιβάλλοντος του και ξεσπάει σε κλάματα οποιαδήποτε στιγμή. Έλλειψη ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα (Smith, 2011).

Αυτό γίνεται ιδιαίτερα εμφανές στην καθημερινότητα του ασθενούς. Πέρα από το ότι δεν θέλει να ασχοληθεί με δραστηριότητες που γέμιζαν τον ελεύθερο χρόνο του και του προσέφεραν ευχαρίστηση, δεν έχει διάθεση να πάει στη δουλειά, να φωνίσει, να ασχοληθεί με δουλειές του σπιτιού, να φροντίσει τα αγαπημένα του πρόσωπα, έχει απώλεια ερωτικής επιθυμίας. Κάνει απαισιόδοξες και αρνητικές σκέψεις. Έχει ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας (Schimelpfening, 2011). Κυριεύεται από την ιδέα του θανάτου και εξετάζει πιθανά σενάρια αυτοκτονίας. Βιώνει έλλειψη συγκέντρωσης, μνήμης και αδυναμία λήψης αποφάσεων. Κυριεύεται από ανησυχία και άγχος (ΕΠΙΨΥ, 2010).

Τα κυριότερα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι τα ακόλουθα (Wilkin, 2003):

Πόνοι στις αρθρώσεις και στα άκρα, οσφυαλγία. Πρόκειται για πόνους που συνοδεύουν συχνά την κατάθλιψη, ενώ αν προϋπήρχαν γίνονται ιδιαίτερα έντονοι. Το άτομο παρουσιάζει πόνους στον αυχένα, στα άκρα, στην πλάτη ακόμη και στο θώρακα. Πονοκέφαλοι και ημικρανίες. Το άτομο ενοχλείται από σχεδόν καθημερινούς και ενίοτε ισχυρούς πονοκέφαλους και ζαλάδες. Προβλήματα στο πεπτικό σύστημα (Otherside, 2010). Οι διαταραχές στον ύπνο μπορεί να εκδηλωθούν είτε ως αϋπνία δηλαδή δυσκολία του ατόμου να κοιμηθεί, είτε ως υπέρπνοια, δηλαδή ανάγκη για υπερβολικό ύπνο και δυσκολία αφύπνισης. Διατροφικές διαταραχές (Tyrell, 2011).

Η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες είναι ιδιαίτερα εμφανής. Παρατηρείται απώλεια όρεξης που οδηγεί στην απώλεια σωματικού βάρους. Από την άλλη

πλευρά μπορεί να συμβεί και το εντελώς αντίθετο, δηλαδή το άτομο να παρουσιάζει όρεξη για συγκεκριμένες τροφές, πλούσιες σε υδατάνθρακες και έτσι το βάρος του να αυξηθεί σημαντικά. Αισθήματα κόπωσης και αδυναμίας (Wilkin, 2003).

Στα παιδιά σχολικής ηλικίας εκδηλώνεται με ενούρηση, ονυχοφαγία, ανυπακοή και σχολική φοβία. Στους εφήβους εμφανίζεται ευερεθιστότητα, κοινωνική απόσυρση, αντικοινωνική συμπεριφορά και χαμηλή επίδοση στο σχολείο (Intelihealth, 2010). Στους ηλικιωμένους εμφανίζονται κυρίως τα σωματικά ενοχλήματα, όπως αϋπνία, κεφαλαλγία, ζάλη, ανορεξία και εύκολη κόπωση (All Psych, 2003 ; APA, 2012).

Κεφάλαιο 7°

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Επιφέρει αλλαγές όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο αλλά και ψυχολογικό (Otherside, 2010 ; Tyson, 2011). Επιδρά στην ψυχοσύνθεση του ασθενούς, στις σχέσεις του με τα άτομα του περιβάλλοντος του και εν γένει στο κοινωνικό του γίνεσθαι. Οι επιπτώσεις της ωστόσο δεν περιορίζονται στο άτομο που πάσχει από αυτήν, αλλά εκτείνονται και στην οικογένεια και στο φιλικό περιβάλλον του ασθενούς. Η επιρροή αυτή, αν και έμμεση, είναι εξίσου σημαντική.

Η κατάθλιψη επίσης έχει συνδεθεί με προβλήματα μνήμης. Τελευταία αλλά σημαντικότερη όλων των προηγούμενων επιπτώσεων είναι ο κίνδυνος την αυτοκτονίας που εγκυμονεί η κατάθλιψη με έσχατη συνέπεια ακόμη και το θάνατο. Γι' αυτό το λόγο στις επιπτώσεις που ακολουθούν γίνεται πρώτα απ' όλα λόγος για το αυτοκτονικό άτομο (Otherside, 2010).

7.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΑΤΟΜΟ

Η κατάθλιψη συγκαταλέγεται στους κυριότερους παράγοντες κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας τόσο σε ενήλικα όσο και σε νεαρά άτομα (Banerjee, 2006). Οι λόγοι που μπορεί να οδηγήσουν κάποιον στην αυτοκτονία σχετίζονται με ψυχολογικούς, κοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες (Oquendo, et al., 2003). Οι δύο πρώτοι γίνονται ιδιαίτερα αισθητοί μέσα από τα συμπτώματα με τα οποία εκδηλώνονται όπως είναι για παράδειγμα η έλλειψη κοινωνικών συναναστροφών, ρήξεις στις διαπροσωπικές και κοινωνικές σχέσεις του ατόμου, απομόνωση, απελπισία κ.τ.λ. Όσον αφορά τους βιολογικούς παράγοντες, επιστημονικές μελέτες έχουν διασαφηνίζουν ότι σφάλματα στους υποδοχείς των νευρομεταβιστών του εγκεφάλου σχετίζονται με αυτοκτονικές τάσεις. Συγκεκριμένα υπάρχουν σοβαρές ενδείξεις ότι τα μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης και η μειωμένη σεροτονινεργική μεταβολική δραστηριότητα επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου και μπορεί να οδηγήσουν σε βίαιες εκδηλώσεις και απόπειρες αυτοκτονίας (Gibbons, et al., 2015).

Οι ειδικοί διατείνονται ότι οι ασθενείς με βαριά κατάθλιψη δεν οδηγούνται στην αυτοκτονία λόγω της αδράνειας στην οποία έχουν περιέλθει (Κωστοπούλου, 2011). Ωστόσο μόλις ανακτήσουν τη χαμένη ενέργεια τους με τη βοήθεια της φαρμακευτικής αγωγής που λαμβάνουν ενδέχεται να εκδηλώσουν αυτοκαταστροφικές τάσεις. Αυτό μπορεί να συμβεί όχι μόνο στην αρχή αλλά και κατά τη διάρκεια της θεραπευτικής αγωγής όταν το άτομο εξακολουθεί να διατηρεί την άρνηση του απέναντι στη ζωή (Κωστοπούλου, 2011).

7.2 ΨΥΧΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Το καταθλιπτικό άτομο αισθάνεται ότι κανείς δεν μπορεί να το καταλάβει και έτσι αρνείται οποιαδήποτε συναναστροφή με άτομα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του. Κλείνεται λοιπόν στον εαυτό του και αποσύρεται κοινωνικά. Νιώθει τύψεις για όλο αυτό που του συμβαίνει και εκλαμβάνει τη μοναξιά ως μια μορφή αυτοτιμωρίας που υποχρεούται να επιβάλλει στον εαυτό του. Η οικογένεια είναι εκείνη που υφίσταται στο μεγαλύτερο βαθμό όλες αυτές τις δυσκολίες λόγω και της καθημερινής επαφής με τον ασθενή. Όλα τα μέλη της οικογένειας καλούνται να προσαρμόσουν τις καθημερινές τους συνήθειες στα νέα δεδομένα (Mollinea, 2010).

Ένας άλλος τομέας που δε μένει ανεπηρέαστος είναι η εργασία του ατόμου επιφέροντας τις ανάλογες οικονομικές επιπτώσεις. Ο ασθενής με κατάθλιψη παρουσιάζει μειωμένη αποδοτικότητα στον επαγγελματικό του χώρο λόγω της αδυναμίας του να συγκεντρωθεί, της απώλειας της ενέργειας του και της σωματικής του κόπωσης (Clark, 2005).

Κεφάλαιο 8°

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

8.1. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια του καταθλιπτικού επεισοδίου σύμφωνα με το DSM-III-R (The Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) είναι τα ακόλουθα: Πέντε από τα παρακάτω συμπτώματα να υπάρχουν ταυτόχρονα, για δύο εβδομάδες το λιγότερο, καλύπτοντας το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας για κάθε μέρα (Smith, et al., 2011 ; All About Depression, 2010). Αυτά, να προκαλούν μείωση της προηγούμενης λειτουργικότητας και να περιλαμβάνονται απαραίτητα τα (1) και (2).

- 1) Καταθλιπτικό συναίσθημα (ή ευερεθιστότητα για τους εφήβους).
- 2) Έκδηλα μειωμένο ενδιαφέρον και μειωμένη ευχαρίστηση για όλες ή σχεδόν όλες τις δραστηριότητες.
- 3) Σημαντική απώλεια ή αντίθετα αύξηση του βάρους, χωρίς μεταβολή της διαίτας (π.χ. 5% του σωματικού βάρους σε ένα μήνα). Ελάττωση ή αύξηση της όρεξης σχεδόν κάθε μέρα (στα παιδιά παρατηρείται αδυναμία να κερδίσουν το κανονικό βάρος).
- 4) Αϋπνία ή υπερυπνία.
- 5) Ψυχοκινητική ανησυχία ή επιβράδυνση.
- 6) Κόπωση ή απώλεια της δραστηριότητας.
- 7) Αισθήματα αναξιότητας ή υπερβολικής ή αναιτιολόγητης ενοχής (η οποία μπορεί να είναι παραληρητική) (Smith, et al., 2011).
- 8) Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης ή έλλειψη πρωτοβουλίας.
- 9) Επίμονες σκέψεις θανάτου, ιδέες αυτοκτονίας ή απόπειρα αυτοκτονίας.

Στη διάρκεια της διαταραχής δεν μεσολαβούσε περίοδος δύο ή πιο πολλών εβδομάδων, στην οποία να προέχουν επίμονες παραληρητικές ιδέες και ψευδαισθήσεις, κατά τη διάρκεια των οποίων οι διαταραχές του θυμικού να αποτελούν δευτερεύον σύμπτωμα. Η κατάθλιψη δεν επικάθεται σε σχιζοφρένεια, σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, παραληρητική διαταραχή ή ψυχωσική διαταραχή που δεν ταξινομείται αλλιώς (Holms, 2010).

Η διαφοροδιάγνωση της κατάθλιψης πρέπει να γίνεται από:

1. Οργανικές ψυχικές διαταραχές όπως:

α) Γεροντικές και προγεροντικές άνοιες με κατάθλιψη. Σε αυτές προέχουν οι διαταραχές της μνήμης, της κρίσης και της νοημοσύνης και οι ψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν οργανικότητα.

β) Σύνδρομα από ψυχοδραστικές ουσίες (αλκοολικά, στερητικά αμφεταμινών, κοκαΐνης και μερικών ψευδαισθησιογόνων, συναισθηματικά σύνδρομα από λήψη ψευδαισθησιογόνων φαρμάκων και άλλων ουσιών) (Smith, et al., 2011). Η διαφοροδιάγνωση θα βασιστεί στην παρουσία διαταραχών της συνείδησης, στο ιστορικό λήψης ουσιών και στην ανίχνευσή τους στα υγρά του σώματος.

γ) Λοιμώδη, μεταβολικά και ενδοκρινολογικά νοσήματα, όπως: γρίπη, τυφοειδής πυρετός, νόσος του Addison, υποθυρεοειδισμός. Η διαφοροδιάγνωση θα γίνει από τα γενικά συμπτώματα, το ιστορικό και την κλινική εικόνα (Anapolis, 2012 ; Mayo Clinic staff, 2011).

2. Τη σχιζοφρένεια. Σε περιπτώσεις κατατονικής εμβροντησίας, η απόλυτη απόσυρση και αναστολή της ψυχοκινητικότητας μοιάζουν με βαριά κατάθλιψη. Στην κατατονική εμβροντησία το πρόσωπο μένει ανέκφραστο, ενώ στην καταθλιπτική εμβροντησία το πρόσωπο εκφράζει βαθύ πόνο και θλίψη.

3. Τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή. Διαφοροδιάγνωση χρειάζεται στις περιπτώσεις που υπάρχουν τα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού συνδρόμου και παραληρητικά ή ψευδαισθητικά συμπτώματα μη σύντονα με συναισθηματική διαταραχή. Το είδος της προνοσηρής προσωπικότητας και ο βαθμός της αποδιοργάνωσης είναι χρήσιμα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία (Holms, 2010 ; Mayo Clinic staff, 2011).

4. Την κυκλοθυμική διαταραχή. Αυτή εξελίσσεται με συχνά ήπια ή μέτρια επεισόδια κατάθλιψης αλλά και ευφορίας και με καλή αποκατάσταση της ψυχικής υγείας στα μεσοδιαστήματα.

5. Το άγχος του αποχωρισμού. Ακολουθεί χαρακτηριστικά τον αποχωρισμό από αγαπημένα πρόσωπα.

6. Το « μη επιπλεγμένο πένθος». Ακολουθεί το θάνατο προσφιλούς προσώπου. Οι ιδέες ενοχής, αν υπάρχουν, αναφέρονται σε έμμονες σκέψεις εγκατάλειψης ή αναποτελεσματικής φροντίδας του αρρώστου πριν το θάνατο.

7. Τη δυσθυμία (καταθλιπτική νεύρωση). Εξελίσσεται με χρόνια, επίμονα, αλλά και ηπιότερα συμπτώματα και μπορεί να υπάρχουν μεσοδιαστήματα λίγων ημερών ή εβδομάδων με φυσιολογικό συναίσθημα.

8. Ιδιαίτερες εικόνες κατάθλιψης και αντίστοιχα διαφοροδιαγνωστικά προβλήματα δημιουργούνται από συμπτώματα που συνοδεύουν την κατάθλιψη στις διάφορες ηλικίες. Στην προεφηβική ηλικία η κατάθλιψη συνοδεύεται από έντονο άγχος, άρνηση της παρακολούθησης του σχολείου και φόβος επικείμενου θανάτου, του ίδιου του παιδιού ή των γονέων του. Στην εφηβική ηλικία παρατηρούνται αντικοινωνικές εκδηλώσεις, φυγή από το σπίτι ή το σχολείο, αντιθετική ή και επιθετική συμπεριφορά (Anapolis, 2012 ; Holms, 2010). Στην κλιμακτηριακή ηλικία παρατηρείται έντονο άγχος, εξάψεις και ιδρώτες, ποικίλες υποχονδριακές αιτιάσεις (κυρίως κεφαλαλγίας), παραληρητικές ιδέες ζηλοτυπίας ή και δίωξης και τάσεις αυτοκτονίας. Στη γεροντική ηλικία τα συνοδά συμπτώματα μπορεί να είναι διαταραχές του προσανατολισμού, της μνήμης και της συνείδησης σε βαθμό που να διαμορφώνονται ψευδοανοϊκές εικόνες.

9. Η κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες, ή αλκοόλ είναι συχνά αποτέλεσμα κατάθλιψης ιδιαίτερα στην εφηβική και μετεφηβική ηλικία. Και αυτές οι καταστάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση (Holms, 2010).

Κεφάλαιο 9°

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

9.1.ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με βιολογικά και ψυχολογικά μέσα θεραπείας. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα: Τα αντικαταθλιπτικά βρίσκονται διαρκώς στην πρωτοπορία του επαναπροσδιορισμού του συνόλου των ψυχικών διαταραχών (Pignarre, 2007).

- Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά τα οποία χρησιμοποιούνται συχνότερα στη μείζονα κατάθλιψη. Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης οι οποίοι έχουν παρόμοιες ενδείξεις με τα τρικυκλικά, πλεονεκτούν όμως γιατί έχουν λιγότερες ανεπιθύμητες ενέργειες (Χριστοδούλου, et al.,2012).
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης (Zarate , et al., 2006).
- Αναστολείς της μονοαμεινοξειδάσης τα οποία είναι λιγότερο αποτελεσματικά από τις παραπάνω κατηγορίες και παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών (Χριστοδούλου, 2008).
- Τα πρώτα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι τα τρικυκλικά και τετρακυκλικά αντικαταθλιπτικά (χλωριμιπραμίνη, αμιτριπτυλίνη, μαπροτιλίνη, νορτριπτυλίνη, κλομιπραμίνη, μιανσερίνη κ.α.) (Lenze, et al., 2005 ; ΕΠΙΨΥ, 2007). Τα αντικαταθλιπτικά αυτά άρχισαν να χρησιμοποιούνται από τη δεκαετία του '50 για τη θεραπεία της κατάθλιψης, με μεγάλη αποτελεσματικότητα (Tundo, et al., 2015). Οι ενοχλητικές ανεπιθύμητες ενέργειες (ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, θάμβος οράσεως, ζάλη, διαταραχές της καρδιακής αγωγιμότητας), που υπονομεύουν τη συνεργασία (συμμόρφωση) των ασθενών, δημιούργησαν την ανάγκη να παραχθούν φάρμακα περισσότερο ασφαλή και καλύτερα ανεκτά (Ιεροδιακόνου, et al.,2010). Τα νεότερα αυτά αντικαταθλιπτικά κατατάσσονται στις ακόλουθες κατηγορίες:

- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης -SSRI'S- (παροξετίνη, σετραλίνη, σιταλοπρόμη, φλουβοξαμίνη, φλουοξετίνη).
- Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης – νοραδρεναλίνης – SNRI' S- (βενλαφαξίνη).
- Νοραδρενεργικά και ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (μιρταζαπίνη). Αναστρέψιμοι και εκλεκτικοί αναστολείς της MAO (μοκλοβεμίδη) (Παραδέλης, 2011).

9.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) (Δασκαλόπουλος, 2006): Οι συνηθέστερες παρενέργειες που έχουν σημειωθεί είναι ξηροστομία, δυσκοιλιότητα, θολή όραση, προβλήματα της ουροδόχου κύστης, ζάλη, υπνηλία, αύξηση του καρδιακού ρυθμού, εφίδρωση, δερματικά εξανθήματα, σεξουαλική δυσλειτουργία, απώλεια ή αύξηση βάρους. Συνήθως οι ανεπιθύμητες παρενέργειες μετριάζονται μετά την παρέλευση 7-10 ημερών. Η υπερβολική δόση ενός τρικυκλικού φαρμάκου είναι σοβαρή και δυνητικά θανατηφόρα. Απαιτείται άμεση ιατρική παρέμβαση. Τα συμπτώματα της υπερβολικής δόσης εμφανίζονται μια ώρα συνήθως μετά την κατάποση και περιλαμβάνουν διεσταλμένες κόρες, υπερθερμία, σπασμούς, καταπληξία, απώλεια συνείδησης και αναπνευστική ανεπάρκεια (Δασκαλόπουλος, 2006).

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) : Οι συχνότερες παρενέργειες είναι γαστρεντερικές όπως ναυτία, διάρροια, δυσπεψία, κοιλιακό άλγος, ανορεξία και νευρολογικές διαταραχές όπως αϋπνία ή υπερυπνηλία, μυϊκή δυσκαμψία, διέγερση, εφίδρωση, αύξηση των αντανακλαστικών και σπασμοί. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί σεξουαλική δυσλειτουργία και αυτοκτονικός ιδεασμός (το άτομο καταλαμβάνεται από έντονες σκέψεις θανάτου) (NHs Choices, 2010). Λιγότερο συχνά μπορούν επίσης να εμφανιστούν πυρετός, σύγχυση, κοιλιακή αιμορραγία, προβλήματα στύσης, υπέρταση ή υπόταση και βίαιη συμπεριφορά (De Berardis, 2015). Η κατάχρηση των SSRIs ή ο συνδυασμός τους με άλλα φάρμακα που επιδρούν στη σεροτονίνη μπορεί να προκαλέσει το επικίνδυνο τοξικό σύνδρομο σεροτονίνης που

χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό, καρδιακή αρρυθμία, νεφρικά προβλήματα και απώλεια των αισθήσεων (Happell, 2008).

Αναστολείς μονοαμινοοξειδάσης (ΜΑΟ): Οι ασθενείς στους οποίους χορηγούνται αντικαταθλιπτικά αυτής της κατηγορίας πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στην κατανάλωση τροφίμων που περιέχουν το αμινοξύ τυραμίνη καθώς αυξάνουν σημαντικά την αρτηριακή πίεση. Σε μια τέτοια περίπτωση παρατηρούνται δυσκαμψία του αυχένα, σοβαρή κεφαλαλγία, πόνοι στο στήθος, ταχυκαρδία, ναυτία και εμετοί ακόμη και εγκεφαλικό επεισόδιο. Άλλα συμπτώματα που προκαλούνται από τους αναστολείς της μονοοξειδάσης είναι διαταραχές στον ύπνο, αύξηση της σωματικού βάρους, ναυτία, ξηροστομία, ζάλη και αισθήματα τρόμου και ανησυχίας. Σταθεροποιητές διάθεσης: Τα αντικαταθλιπτικά αυτής της κατηγορίας συνοδεύονται συχνά από συμπτώματα όπως ζάλη, γαστρεντερικές διαταραχές, αϋπνία ή υπερυπνηλία και αγχώδεις διαταραχές (Mayo Clinic Staff, 2011). Το λίθιο συγκεκριμένα μπορεί να προκαλέσει δίψα,, ναυτία ,εμετούς, συχνουρία, τρεμούλα, ξηροδερμία, διαταραχές στην ομιλία και απώλεια αισθήσεων. Αν προκληθεί αφυδάτωση μπορεί να γίνει τοξικό με επιβλαβείς συνέπειες στα νεφρά .Σε μια τέτοια περίπτωση μπορεί επίσης να εμφανιστεί βρογχοκήλη, επιληπτική κρίση ακόμη και καρδιακή ανακοπή για αυτό και ο ασθενής χρήζει άμεσης ιατρικής παρέμβασης (Happell, et al., 2008).

Αντικαταθλιπτικά φαινοθιλαμίνης: τα αντικαταθλιπτικά αυτά αναστέλλουν την επαναπρόσληψη της σεροτονίνης και της νορεπινεφρίνης και γι' αυτό το λόγο τα συμπτώματα τους είναι ιδιαίτερα σοβαρά σε περίπτωση συνδυασμού τους με άλλα φάρμακα. Ειδικά η χορήγηση βενλαφαξίνης δεν πρέπει να ξεκινήσει μέχρι να παρέρθουν τουλάχιστον 14 μέρες μετά τη διακοπή της θεραπείας με έναν μη αναστρέψιμο αναστολέα της ομάδας ΜΑΟ και πρέπει να διακόπτεται για τουλάχιστον 7 ημέρες μετά τη θεραπεία με ΜΑΟ .Στις συχνές παρενέργειες τους ανήκουν η ναυτία, ζάλη, ξηροστομία, εφίδρωση, διαταραχές στον ύπνο, νευρικότητα, κινητικές διαταραχές. Στη περίπτωση της βενλαφαξίνης εκτός από τα προαναφερθέντα υπάρχει αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης επεισοδίων σχετιζόμενων με αυτοκτονία καθώς επίσης και ο κίνδυνος εμφάνισης υπονατριαιμίας και του συνδρόμου απρόσφορης έκκρισης αντιδιουρητικής ορμόνης (Happell, et al., 2008).

9.3. ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ

Η ψυχοθεραπεία είναι ένας κλάδος της ψυχολογίας ο οποίος ασχολείται εξ' ολοκλήρου με τον άνθρωπο που έχει ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα και έχει άμεση σχέση με τον θεραπευτή του.

Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι πρώτα από όλα να κάνει το άτομο λιγότερο ευάλωτο σε διάφορες καταστάσεις και να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και λειτουργεί. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι λιγότερο πιεσμένος, ανασφαλής και απογοητευμένος. Να προσπαθήσει ξανά να πιστέψει στον εαυτό του να νιώσει και πάλι δυνατός και ανεξάρτητος να μην εξαρτάται ούτε από τη γνώμη του άλλου ούτε από τίποτα (Beach, et al., 2011 ; Lenze, et al., 2005).

Επίσης η ενασχόληση με διάφορες δραστηριότητες αποτελεί τρόπο ψυχοθεραπείας. Το περπάτημα, το διάβασμα ενός βιβλίου, η μουσική, η παρέα με φίλους αποτελούν και αυτοί τρόπους ψυχοθεραπείας. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά όταν ο ψυχοθεραπευτής σέβεται τον άνθρωπο που έχει απέναντι του τον ακούει με προσοχή χωρίς να κρίνει όταν προσφέρει ένα περιβάλλον άνεσης, εμπιστοσύνης, αποδοχής όταν προσπαθεί με διάφορες μεθόδους να εξωτερικεύσει συναισθήματα του που ποτέ δε το είχε κάνει σε κανέναν (Healthwise Staff, 2010).

Ο θεραπευτής με αυτούς τους τρόπους προσπαθεί να κάνει τον ενδιαφερόμενο να δει με άλλο μάτι τη ζωή πιο αισιόδοξα, να συγχωρεί πιο πολύ, να δέχεται πράγματα και να επιδιώκει να προσπερνά ευχάριστα τις δυσκολίες που του έρχονται και όλα αυτά που του. Είναι καλό ο ενδιαφερόμενος να έχει αποκτήσει όλο το διάστημα των συναντήσεων του μια καλή και φιλική σχέση με τον ψυχοθεραπευτή του γιατί ο θεραπευτής αυτός που θα θέσει όρους , θα δώσει συμβουλές. Επομένως θα πρέπει το άτομο να είναι έτοιμο να τις δεχτεί και να τις αποδεχτεί μα πάνω από όλα να τις ακολουθήσει πιστά. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο ενδιαφερόμενος ίσως είναι συναισθηματικά φορτισμένος και συγκινημένος. Αυτό είναι καλό σημάδι διότι αρχίζει και βγάζει περισσότερο το χαρακτήρα του προς τα έξω και ο θεραπευτής «εισχωρεί» πιο βαθιά στο μυαλό του ατόμου (Healthwise Staff, 2010). Καλό θα είναι να υπάρχει κάποιο κενό ανάμεσα στις συναντήσεις τους διότι αυτό δίνει το χρόνο στο άτομο να σκεφτεί και να επεξεργαστεί όλα όσα λέχθηκαν στις προηγούμενες συναντήσεις τους (Beach, et al., 2011 ; Lenze, et al., 2005).

9.3.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ατομική ψυχοθεραπεία αφορά δύο πρόσωπα, τον ψυχοθεραπευτή και τον ενδιαφερόμενο. Γίνεται δηλαδή μια διερεύνηση του εαυτού του επισκέπτη, με τη βοήθεια του ειδικού. Υπάρχουν στιγμές που ο ενδιαφερόμενος θα συγκινηθεί, θα κλάψει αυτό όμως αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ψυχοθεραπείας διότι αφήνει τον θεραπευτή να «εισχωρήσει» στο μυαλό του και στο χαρακτήρα ώστε να καταλάβει περισσότερα πράγματα και στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας του (Steinert, et al., 2015). Σκοπός λοιπόν της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι να κατανοήσει το πρόβλημα του ο ενδιαφερόμενος και να μειωθούν με οποιοδήποτε τρόπο αυτά τα συμπτώματα που νιώθει. Το περιβάλλον εμπιστοσύνης δίνει τη δυνατότητα να νιώσει άνετα ο εξεταζόμενος και να βγάλει από μέσα του με μεγαλύτερη ευκολία ότι τον απασχολεί.

Επίσης στόχος της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι να αναλυθούν και να διερευνηθούν τραύματα του παρελθόντος και οδυνηρές καταστάσεις (Healthwise Staff, 2010). Άτομα τα οποία κάνουν ψυχοθεραπεία συνήθως αισθάνονται δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων, στο σωστό τρόπο σκέψης, είναι υποτονικά, απομακρυσμένοι από το περίγυρο τους, λιγότερο δραστήρια, νιώθουν ακόμα, απογοητευμένοι έχουν συνήθως σωματικούς πόνους, διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα τα όποια τα δημιουργούν με το μυαλό τους και η καθημερινότητα τους γίνεται ολοένα και πιο μίζερη (Lenze, et al., 2005 ; Healthwise Staff, 2010).

Οι συναντήσεις έχουν διάρκεια 45 λεπτών και ο αριθμός των συναντήσεων εξαρτάται από το πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα του ασθενή. Αν το πρόβλημα δε χρήζει ιατρικής φαρμακευτικής αγωγής τότε μπορούν να συνεχίσουν τη ψυχοθεραπεία αλλιώς θα πρέπει να απευθυνθεί σε κάποιον ψυχίατρο (Beach, et al., 2011 ; Healthwise Staff, 2010).

9.3.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ομαδική ψυχοθεραπεία διαφέρει από την ατομική στο γεγονός ότι σε αυτήν συμμετέχουν περισσότερα από 2 άτομα (τον ψυχοθεραπευτή και τον ασθενή). Αποτελείται λοιπόν από μια ομάδα ατόμων που έχουν ανάγκη να γνωρίσουν και να αποδεχτούν τον εαυτό τους μέσα από συζητήσεις με ειδικούς και μέσω διάφορων μεθόδων. Πολλές φορές τα προβλήματα που απασχολούν τους ανθρώπους μιας θεραπευτικής ομάδας είναι κοινά (χρήση ουσιών, πένθος, διαζύγιο κ.α.). Με την

βοήθεια ενός ή περισσότερων ειδικών τα αναλύουν μέσα στην ομάδα. Πάντα πριν την εισαγωγή του καθένα στην ομάδα γίνεται μια συζήτηση με τον ή τους θεραπευτές και με τον καθένα ξεχωριστά προκειμένου να τοποθετηθεί στη κατάλληλη ομάδα. Σκοπός της ομαδικής θεραπείας είναι να κάνει τους ανθρώπους ικανούς να βελτιώσουν τη δυνατότητα τους να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα της ζωής τους. Εδώ η ομαδική θεραπεία διαφέρει από την ατομική στο γεγονός ότι η διάρκεια είναι μεγαλύτερη (1,5 ώρα) και οι συναντήσεις γίνονται στο ίδιο μέρος σε σταθερή μέρα, την ίδια ώρα και έχει συγκεκριμένους κανόνες και όρια. Τα όρια έχουν να κάνουν με την ώρα προσέλευσης του καθενός, με την ώρα αναχώρησης και τη συμπεριφορά του καθ' όλη τη διάρκεια της ομαδικής συνεδρίας. Συνήθως για να ολοκληρωθεί μια συνεδρία απαιτούνται 12 συναντήσεις. Απαρτίζεται από 4 – 8 άτομα. Επίσης σε μια θεραπευτική ομάδα μπορούν να συμμετέχουν και άντρες και γυναίκες. Καλό θα ήταν να έχουν συμμετάσχει και σε προηγούμενες ατομικές συνεδρίες ώστε να έχουν μια ιδέα για το πώς θα είναι η ομαδική θεραπεία χωρίς αυτό να είναι βέβαια απαραίτητο (Lenze, et al., 2005).

Οι άνθρωποι που αποφασίζουν να πάρουν μέρος σε μια ομαδική ψυχοθεραπεία γνωρίζουν πως θα πρέπει να μοιραστούν τα προβλήματα με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Τα μέλη μπορούν να ασκήσουν εποικοδομητική κριτική και να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους (Lenze, et al., 2005). Ο ψυχοθεραπευτής προσπαθεί να αποσπάσει μέσα από τις θεραπευτικές ιδιότητες τις προτάσεις, τις σκέψεις, τις προτροπές βλέποντας και εξηγώντας τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ασθενών (Healthwise Staff, 2010) .

9.3.3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η οικογενειακή θεραπεία είναι μια ειδική ψυχοθεραπεία που αφορά κάποιες φορές όλα τα μέλη της και άλλες ένα μέλος της οικογένειας. Κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και η καθεμία έχει τα δικά της προσωπικά προβλήματα που την απασχολούν. Το πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίζει κάποιο μέλος της οικογένειας είναι πολλές φορές κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Επίσης η οικογενειακή ψυχοθεραπεία γίνεται για να βγουν στην επιφάνεια τα προβλήματα που τους απασχολούν και να βελτιώσουν τις σχέσεις μεταξύ τους αν υπάρχουν συγκρούσεις. Σε αυτή τη μορφή ψυχοθεραπείας ο ψυχοθεραπευτής είναι ένας εκπαιδευόμενος επαγγελματίας υγείας, ο οποίος ειδικεύεται στην οικογένεια. Συνήθως οι συνεδρίες είναι αρκετές και κρατάνε για μεγάλο χρονικό διάστημα, περίπου στους 3 - 5 μήνες και γίνεται μια φορά την εβδομάδα. Σε μερικές

περιπτώσεις η οικογενειακή θεραπεία γίνεται περισσότερες φορές την εβδομάδα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ανάλογα με το πρόβλημα που την απασχολεί. Επίσης δεν είναι απαραίτητο να συμμετέχουν όλα τα μέλη σε κάθε επίσκεψη. Θα ήταν καλύτερο αν όμως είναι συγκεντρωμένη όλη η οικογένεια κάθε φορά γιατί έτσι θα έχουν τη δυνατότητα να ανακαλύψουν τον εαυτό τους αλλά και το πώς λειτουργεί η οικογένεια σαν ομάδα.. Σκοπός της οικογενειακής ψυχοθεραπείας είναι να μειωθούν όσο είναι δυνατόν οι εντάσεις μεταξύ τους εάν το πρόβλημα είναι μεταξύ των μελών ή να μειωθούν τα συμπτώματα εάν το πρόβλημα είναι κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Όταν υπάρχει κάποια ψυχιατρική διαταραχή (όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, ψύχωση) υπάρχει μια πιθανότητα να ευθύνεται η οικογένεια για τη διαταραχή κάποιου μέλους της (Healthwise Staff, 2010 ; Lenze, et al., 2005).

9.3.4 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωστική ψυχοθεραπεία είναι ένα είδος η οποία εστιάζει περισσότερο στα προβλήματα που συμβαίνουν αυτή τη στιγμή στον άνθρωπο, στα συναισθήματα και στις σκέψεις του. Επίσης βοηθούν άτομα που έχουνε κάποια ψυχιατρική και ψυχολογική διαταραχή όπως άγχος, κατάθλιψη, προβλήματα διατροφής. Συνήθως τα άτομα που έχουν κατάθλιψη διακατέχονται συνεχώς από αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα γιατί το μυαλό είναι αυτό που καθορίζει τα συναισθήματα μας (Healthwise Staff, 2010). Όταν συμβαίνει κάποια αλλαγή στη ζωή του ανθρώπου μαθαίνει να προσαρμόζεται και είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει οτιδήποτε του συμβεί. Ο άνθρωπος αποκτά την πεποίθηση ότι τα προβλήματα μπορεί να τα αντιμετωπίσει με επιτυχία με την εφαρμογή κατάλληλων δεξιοτήτων. Σκοπός της γνωστικής ψυχοθεραπείας είναι να προσδιοριστούν οι αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα που προβληματίζουν τον άνθρωπο. Έπειτα αφού προσδιοριστούν εξετάζουν πώς αυτές επηρεάζουν τον άνθρωπο. Μαζί με τον ψυχοθεραπευτή θα προσπαθήσουν να βρουν τρόπους για το πώς θα πρέπει να λειτουργεί ο άνθρωπος. Η διαδικασία είναι χρονοβόρα αφού απαιτούνται πολλές συναντήσεις με τον ειδικό, περίπου 13 - 20 ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του ατόμου. Σκοπός του θεραπευτή λοιπόν είναι να απαλλαγεί ο ενδιαφερόμενος από αυτές τις αρνητικές σκέψεις, να βρει τρόπους να σκέφτεται θετικά, να μην αντιμετωπίζει τα προβλήματα του καταστροφικά, σαν να ήρθε το τέλος του κόσμου αλλά να σκέφτεται ορθά και συνετά (Healthwise Staff, 2010).

9.3.5 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Οι συμπεριφοριστικές θεωρίες πρεσβεύουν την άποψη πως οι παθολογικές συμπεριφορές δεν αποτελούν νόσο αλλά είναι μια σειρά από αντιδράσεις οι οποίες δυσκολεύουν την προσαρμοστικότητα του ατόμου είτε γιατί ο άνθρωπος έχει μάθει να αντιδρά με λάθος τρόπο είτε γιατί έχει συνηθίσει σε μια δυσπροσάρμοστη αντίδραση (Beach, et al., 2011). Εξετάζοντας την πρώτη περίπτωση παρατηρούμε πως λαμβάνει χώρα το φαινόμενο του συμπεριφερικού ελλείμματος στο οποίο η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου οφείλεται στην μειωμένη ανάπτυξη των κοινωνικών αρετών του που δεν βοηθηθήκαν κατά τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης του. Στην δεύτερη περίπτωση το άτομο έχει μνηθεί σε κάποιες αντικοινωνικές αντιδράσεις οι οποίες επικροτηθήκαν κιάλας από τους γύρω του. Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η συμπεριφοριστική θεραπεία δεν είναι τίποτα άλλο παρά μια προσπάθεια μάθησης από την αρχή του ατόμου (Beach, et al., 2011).

Μια μάθηση που θα προσπαθήσει να διορθώσει τα κακώς κείμενα και όλα αυτά που είχε διδαχτεί τα προηγούμενα χρόνια το άτομο. Βασίζεται δηλαδή στην παραδοχή ότι ο τρόπος συμπεριφοράς του ατόμου είναι μαθησιακό προϊόν και αποτέλεσμα εσωτερικών και εξωτερικών εμπειριών. Κατά συνέπεια οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η λανθασμένη συμπεριφορά δεν αποτελεί κάποιο είδος ψυχολογικής ασθένειας αλλά μια λανθασμένη συλλογή κοινωνικών εμπειριών που απόκτησε το άτομο μέσα από τις σχέσεις του ή βίωσε μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον. Στη συνέχεια προσπαθούν να βρουν παράγοντες προερχόμενους από το περιβάλλον του ατόμου που ενίσχυαν αυτή την ανεπιθύμητη συμπεριφορά και τέλος θέλουν να εντοπίσουν συγκεκριμένες συνθήκες περιβάλλοντος που μπορούν να αλλάξουν την όλη εικόνα (Healthwise Staff, 2010). Η μείωση ανεπιθύμητων συμπεριφορών που προέρχονται από το άγχος ή από τον φόβο που πιάνει το άτομο μπροστά σε συγκεκριμένες καταστάσεις καθώς και η διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς του αποτελούν δυο από τις σημαντικότερες κατηγορίες συμπεριφοριστικών θεραπειών (Beach, et al., 2011 ; Healthwise Staff, 2010).

9.3.6 ΓΝΩΣΤΙΚΗ – ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Την ονομασία γνωστική την απέκτησε επειδή προσπαθεί να ανακαλύψει τον τρόπο σκέψης του ασθενούς για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον αλλά και τον αντίκτυπο που έχουν αυτές οι σκέψεις στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά (συμπεριφοριστική) (Healthwise Staff, 2010). Η θεραπεία αυτή μέσα από τις

συνεδριάσεις καθώς και με τις τεχνικές που εφαρμόζονται σε αυτές μπορεί να βοηθήσει ώστε να αλλάξουν οι ασθενείς τρόπο σκέψης και συμπεριφορά, πράγματα που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους (Healthwise Staff, 2010).

Αρχικά ο θεράπων ιατρός θέλει να έχει πλήρη επίγνωση του ιστορικού του ασθενούς. Όλες οι πληροφορίες που μπορεί να έχει στην διάθεση του ο ιατρός θα του φανούν χρήσιμες. Ο θεραπευτής σε συνεργασία με τον ασθενή προσπαθούν να εντοπίσουν το πρόβλημα με βάση τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά ώστε κατανοηθεί ο τρόπος σύνδεσης που υπάρχει μεταξύ τους και πώς το ένα επηρεάζει το άλλο. Έτσι οδηγούνται άμεσα στον καθορισμό των στόχων που θα ακολουθήσουν στην θεραπεία καθώς και στον τρόπο με τον οποίο θα επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας του ασθενούς. Η θεραπεία αυτή μπορεί να εφαρμοστεί είτε ομαδικά είτε ατομικά καθώς και σε όλα τα άτομα ανεξαρτήτως φύλου, φυλετικής προέλευσης και σεξουαλικής προτίμησης. Μέσα από την γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία ο ασθενής θα καταφέρει να εντοπίσει τα προβλήματα και θα συμφωνήσει να δουλέψει πάνω σε ένα πλάνο θεραπείας. Το πλάνο της θεραπείας δημιουργείται βάσει ενός συγκεκριμένου αριθμού συναντήσεων (Healthwise Staff, 2010). Το σύνολο των συνεδριών εξαρτάται από την φύση αφενός και αφετέρου από την σοβαρότητα της κατάστασης του κάθε ασθενούς. Συνήθως οι συναντήσεις γίνονται κάθε εβδομάδα και διαρκούν 50 λεπτά. Ο αριθμός των συνεδριών που χρειάζονται είναι 10 με 15 αλλά αυτό δεν αποτελεί κανόνα διότι μπορεί να χρειαστούν είτε λιγότερες είτε περισσότερες. Η λήξη της θεραπείας έρχεται μετά την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί από θεράποντα και θεραπευτή. Μετά το πέρας των επισκέψεων θεραπευτής και ασθενής κανονίζουν κάποιες ακόμα συναντήσεις, περιορισμένου αριθμού, ώστε να διατηρηθεί το καλό αποτέλεσμα της θεραπείας (Healthwise Staff, 2010).

9.3.7 ΨΥΧΑΝΑΛΥΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Τα ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, κατάθλιψη, φοβίες, αίσθημα απογοήτευσης, δυσλειτουργίες συμπεριφορές, οικογενειακά προβλήματα κ.α.) αποτελούν λόγους που θα μπορούσαν να οδηγήσουν ένα άτομο στη ψυχανάλυση. Συμφώνα με τον Freud πολλά ψυχολογικά προβλήματα του ανθρώπου είναι απόρροια τραυματικών εμπειριών που είχε στην παιδική του ηλικία και τα οποία με το πέρας του χρόνου εισχώρησαν στο ασυνείδητο του με αποτέλεσμα να του δημιουργούν δυσκολίες στην ενήλικη του ζωή (Healthwise Staff, 2010).

Στόχος της ψυχανάλυσης είναι να οδηγήσει το άτομο στην κατανόηση των ασυνείδητων αυτών συγκρούσεων. Δεν αποσκοπεί στην άμεση αλλαγή της συμπεριφοράς αλλά προσπαθεί να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην απόκτηση αυτογνωσίας από το άτομο έτσι ώστε να αναδομηθεί όλη η προσωπικότητα και να ενδυναμωθεί το εγώ του. Έτσι γίνεται αντιληπτό πως σκοπός της θεραπείας δεν είναι η εξάλειψη ενός προβλήματος αλλά η κατανόηση του καθώς όλα προέρχονται από την μάχη μεταξύ του φόβου και των ασυνείδητων επιθυμιών την οποία επιδιώκει να ελέγξει μέσω των μηχανισμών άμυνας του (DeRubeis, et al., 2009). Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή δε μένει μόνο στο να ακούει αλλά μέσα από τις συζητήσεις να προσπαθεί να δώσει συμβουλές και να συμμετέχει ενεργά. Ο ειδικός είναι αυτός ο οποίος θα καθορίσει τον αριθμό των συναντήσεων (συνήθως διαρκούν από μερικές εβδομάδες έως και δυο χρόνια). Οι συναντήσεις γίνονται τρεις με τέσσερις φορές την εβδομάδα και έχουν διάρκεια 45 λεπτά η καθεμία. Επομένως ο θεραπευμένος είναι αυτός που θα πρέπει να δώσει τη δυνατότητα στον εαυτό του, να επεξεργαστεί και να αποδεχτεί όλες αυτές τις εσωτερικές συγκρούσεις ώστε να είναι σε θέση να τις τροποποιήσει εφόσον το θέλει και ο ίδιος (Healthwise Staff, 2010).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1°

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας (Eby, et al., 2010). Παρακάτω ακολουθούν με σειρά τα βήματα που πραγματοποιούνται.

1. Αρχικά ο νοσηλευτής θα συλλέξει πρώτα τα στοιχεία με βάση τα οποία θα εκτιμήσει την κατάσταση του ασθενή.

Στο νοσηλευτικό ιστορικό θα πρέπει να αναφερθούν: το οικογενειακό ιστορικό, τα στρεσογόνα συμβάντα και ιστορικό με βάση την κατάθλιψη (Ouzouni, et al., 2008).

2. Σημειώνουμε τα χαρακτηριστικά του (συμπτώματα), τη γνωσιακή συναισθηματική και συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου εξατομικευμένα με τη βοήθεια του προσχεδιασμένου ιστορικού για τις συναισθηματικές διαταραχές.

3. Εκτιμούμε τους αυτοκτονικούς παράγοντες κινδύνου και πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να αποβούν θανατηφόρες (Eby, et al., 2010).

4. Εκτίμηση της οικογένειας ως υποστηρικτικό σύστημα. Επίσης εκτιμούμε τις γνώσεις της οικογένειας και του ίδιου του ατόμου σχετικά με τα ιδιαίτερα συμπτώματα των διαταραχών της διάθεσης, τις οδηγίες σχετικά με τη συστηματική θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής καθώς και γνώσεις σχετικά με την αυτοφροντίδα του ατόμου (Grohol, 2010).

1.2.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Αναλύουμε την επικρατέστερη διάθεση του ασθενή, τα επίπεδα άγχους, το βαθμό αυτοελέγχου και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Καθορίζουμε την επικινδυνότητα για αυτοκτονία, κατανοούμε ότι ο ασθενής με κατάθλιψη είναι υψηλού κινδύνου.

2. Εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τα άτομα ή την οικογένεια με καταθλιπτική διαταραχή ή αυτοκτονική συμπεριφορά (Μαρνέρας, 2009).Και ιεραρχούμε τα παρακάτω (Eby, et al., 2010):

i) Άγχος

ii) Αντιμετώπιση αναποτελεσματικής οικογένειας: συμβιβαστική λύση.

iii) Αντιμετώπιση, αναποτελεσματική προσωπικότητα του ατόμου.

iv) Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας

v) Λύπη, δυσλειτουργία

vi) Έλλειψη ελπίδας

vii) Ελλιμματική γνώση

viii) Διαταραχή στη διατροφή, κίνδυνος λήψης λιγότερης ποσότητας από την αναγκαία ή και περισσότερης (Rodopoulos, et al., 2013).

ix) Καταβολή δυνάμεων.

x) Έλλειψη αυτοεκτίμησης.

xi) Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς.

xii) Διαταραχή του ύπνου (Δίκαιος, 2005).

xiii) Κοινωνική απομόνωση.

xiv) Πνευματικές ανησυχίες.

χv) Μειωμένη κριτική ικανότητα.

χvi) Κίνδυνος για άσκηση βίας και στον εαυτό του και στους άλλους (Καϊτέ, et al., 2015).

1.3.ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Σ' αυτό το στάδιο προκαθορίζουμε τους στόχους για το αναμενόμενο αποτέλεσμα μαζί με τον ασθενή (Thompson, et al., 2015). Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα: (αντιμετώπιση του stress, μείωση του άγχους, αντιμετώπιση εσωστρέφειας, αποκατάσταση διαταραχής ύπνου, κοινωνικοποίηση του ασθενούς) (Μπαϊζάνης, et al., 2002).

1.4.ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

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

1. Για τον ασθενή με την καταθλιπτική συμπεριφορά εφαρμόζουμε τα παρακάτω (Eby, et al., 2010 ; Harpell, et al.,2008):

i) Αποδεχόμαστε τον ασθενή σαν ολότητα.

ii) Προάγουμε την επαρκή διατροφή του, συμπεριλαμβάνοντας στα γεύματα του ασθενή και τροφές της προτίμησής του (Sánchez-Villegas, et al., 2009).

iii) Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα για τις αυτοκτονικές τάσεις του ασθενή, αναλόγως με τις ήδη εκτιμημένες προθέσεις του.

iv) Βοηθούμε τον ασθενή να δημιουργήσει ένα καθημερινό πρόγραμμα που θα συμπεριλαμβάνει και δραστηριότητες και ώρες ανάπαυσης.

v) Συμβάλουμε στην πρόοδο του ύπνου του δημιουργώντας ευχάριστες συνθήκες για την ώρα του ύπνου και την ανάπαυσή του (Δίκαιος, 2005).

vi) Τον ενθαρρύνουμε να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, προσφέροντάς του όση υποστήριξη χρειάζεται.

vii) Βοηθούμε τον ασθενή να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του και να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις και αντιλήψεις σχετικά με τον εαυτό του.

viii) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να θέτει εύκολους και προσιτούς στόχους, έτσι ώστε με την ελάχιστη βοήθειά μας να τους πετυχαίνει.

ix) Του κάνουμε ερωτήσεις ή του εκφράζουμε αμφιβολίες σχετικά με την αρνητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την ελαττωμένη αυτοεκτίμηση.

x) Διευκολύνουμε τη βελτίωση της καταθλιπτικής πορείας του ασθενή, αποδεχόμενοι όλα τα συναισθήματα που εκφράζει.

xi) Όταν ο ασθενής έχει παραισθήσεις χρησιμοποιούμε ενισχυτικές τεχνικές.

xii) Διαχειριζόμαστε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις εργαστηριακές εξετάσεις έτσι, ώστε να είναι κατάλληλα τα επίπεδα του αίματος (για μια σταθερή και κατάλληλη αγωγή) (Roura, et al., 2009).

xiii) Παρακολουθούμε τον ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν (Möller, et al., 2011).

xiv) Διδάσκουμε τον ασθενή σχετικά με τη συναισθηματική διαταραχή του συμπεριλαμβάνοντας την αιτιολογία, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τις οδηγίες όσον αφορά τη θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή και τέλος για τον τελικό του στόχο που είναι ο αυτοέλεγχος.

xv) Τον ενθαρρύνουμε ώστε να παίρνει μέρος και να συνεργάζεται και με τα άλλα μέλη της επιστημονικής ομάδας και να συμμετέχει σε άλλες ειδικές θεραπευτικές δραστηριότητες (τέχνες, μουσική, χορός), γιατί αυτό του δίνει την ευκαιρία να εκφράζει και μ' άλλους τρόπους τα συναισθήματά του (Φραδέλος, et al., 2013).

χνι) Ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή του σε ατομική αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία προκειμένου να συναναστρέφεται και με άλλα άτομα που πάσχουν απ' την καταθλιπτική διαταραχή (Eby, et al., 2010).

Για τους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά:

- i. Εγκαθιδρύουμε μια υποστηρικτική σχέση φιλίας μεταξύ του ασθενή με αυτοκτονική τάση και άλλων της ίδιας ομάδας, που όμως θέλουν να ζήσουν (Koulourí, 2009).
- ii. Παρακολουθούμε στενά τον ασθενή, χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων.
- iii. Ρωτούμε τον ασθενή να μας μιλήσει για την αυτοκτονία, συμπεριλαμβάνοντας ερωτήσεις σχετικά με τα ιδιαίτερα σχέδιά του και τα μέσα με τα οποία σχεδιάζει να τα πραγματοποιήσει.
- iv. Απομακρύνουμε επικίνδυνα και αιχμηρά αντικείμενα σύμφωνα με το πρωτόκολλο.
- v. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να κουβεντιάσει για όσα τον αγχώνουν, για όσα τον πληγώνουν, για ό,τι του προκαλεί θυμό και ό,τι τον ενοχλεί.
- vi. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμφωνήσει σε μια μη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μέσω της συμπεριφοριστικής προσέγγισης.
- vii. Βοηθούμε τον ασθενή έτσι ώστε να βρει λύσεις στα προβλήματα που γι' αυτόν φαίνονται άλυτα (Happell, et al., 2008).

1.5.ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία (Happell, et al., 2008).

1. Ο ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
2. Ο ασθενής δεν έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει.
3. Ο ασθενής τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.

4. Ο ασθενής παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.
5. Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάζει πέρα με τις τρέχουσες αλλαγές της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.
6. Ο ασθενής παρουσιάζει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.
7. Ο ασθενής εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
8. Ο ασθενής εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που είχε επίδραση πάνω του και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.
9. Ο ασθενής εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.
10. Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν γνώσεις σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή, το πρόγραμμα θεραπείας του, τη φαρμακευτική αγωγή, και τα συμπτώματα που δείχνουν μια ανερχόμενη κρίση (Happell, et al.,2008).

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΝΕΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η κατάθλιψη μαστίζει στις μέρες μας, γιατί πλέον η καθημερινότητα έχει γίνει αρκετά απαιτητική και οι άνθρωποι θέλοντας να ανταπεξέλθουν στις πολλαπλές υποχρεώσεις που έχουν στρεσάρονται και ζουν διαρκώς με άγχος, παράγοντες που οδηγούν πολλούς στην κατάθλιψη. Τα ποσοστά των καταθλιπτικών ασθενών αυξάνονται συνεχώς και οι επιστήμονες εκτιμούν ότι μέχρι το 2020 η κατάθλιψη θα συνιστά τη δεύτερη συχνότερη σοβαρή ασθένεια παγκοσμίως μετά το AIDS. Επειδή αυτή η ασθένεια την συναντάμε πολύ συχνά στην καθημερινότητα μας ,θέλησα να αναλύσω και να αναζητήσω τι θα μπορέσω εγώ να προσφέρω σε αυτά τα άτομα, όταν καταρτιστώ (Kennedy, et al., 2001).

Πιο πάνω ανέλυσα τα αίτια ,τα συμπτώματα και τη θεραπεία της κατάθλιψης. Κατόπιν θα αναζητήσουμε πως ο νοσηλευτής θα προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα και ποιος είναι ο ρόλος του στην διάγνωση της κατάθλιψης στο σχεδιασμό πλάνου για την αντιμετώπιση της ,τις παρεμβάσεις που θα κάνει και τον απολογισμό για το αν πέτυχαν οι παρεμβάσεις του (Temel, et al.,2015).

Σκοπός: Στόχος της εργασίας είναι να δοθούν επαρκείς πληροφορίες όσον αφορά την κλινική συμπτωματολογία της κατάθλιψης, να διερευνηθούν οι τρόποι διάγνωσης της, ειδικά στα νεότερα δεδομένα και να εξεταστούν οι μέθοδοι θεραπείας της. Θα επικεντρωθούμε κυρίως στο ρόλο του νοσηλευτή στην κατάθλιψη. Η θεραπευτική του παρέμβαση είναι απαραίτητη για την γρήγορη ανάκαμψη του ασθενούς, την αντιμετώπιση των προβλημάτων του, την προσαρμογή του στους προηγούμενους ρυθμούς της καθημερινότητας του και στην μετέπειτα ομαλή κοινωνική επανένταξη του. Πέρα από την προστασία της ζωής του καταθλιπτικού άτομου και την ανακούφιση των σωματικών συμπτωμάτων του εξίσου σημαντική είναι η λεκτική επικοινωνία του νοσηλευτή με τον ασθενή ώστε να βελτιωθεί η νοητική του κατάσταση και να οδηγηθεί όσο το δυνατόν γρηγορότερα στην ίαση της ψυχής του.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, google scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο τα τελευταία χρόνια, το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές

μελέτες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Η διάγνωση της είναι επιβεβλημένη καθώς είναι μια ασθένεια που με την έγκαιρη και σωστή παρέμβαση μπορεί να θεραπευτεί. Εξίσου αναγκαία όμως είναι και η διερεύνηση των αιτιών που την προκαλούν. Πληθώρα ερευνητών σε όλο τον κόσμο προσπαθούν να ανιχνεύσουν τα βιολογικά αίτια της νόσου και να δημιουργήσουν νέα φαρμακευτικά σκευάσματα με μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχούς αντιμετώπισης της νόσου και λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες. Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι παρά τα μεγάλα ποσοστά ασθενών από κατάθλιψη, σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση γίνεται με μεγάλη καθυστέρηση και συχνά συγχέεται με παρεμφερείς ψυχικές διαταραχές (Katon, et al.,2002). Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που επιδέχεται πολυεπίπεδη θεώρηση και απαιτεί να επικεντρωθούμε στους τρόπους βελτίωσης της ψυχολογίας των ασθενών. Ο ρόλος του νοσηλευτή χρειάζεται επομένως να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα.

Ο Querques και ο Kontos το (2010), συνέθεσαν το άρθρο αυτό στο οποίο παρουσιάζουν μια γενική προσέγγιση για γενικούς παθολόγους και άλλους πρωτογενείς φορείς παροχής υγείας ασθενών με υποψία μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής ή διπολικής διαταραχής. Αναφέρουν ότι η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή και την διπολική διαταραχή, είναι δύο χρόνιες υποτροπιάζουσες-διαλείπουσες ασθένειες, των οποίων οι επιπτώσεις στην διάθεση, την συμπεριφορά και την σκέψη, επιφέρουν σοβαρή επιβάρυνση στη σωματική και ψυχική υγεία των ασθενών και στην ικανότητα τους να δημιουργήσουν κοινωνικές σχέσεις και να σταθούν ικανοποιητικά σε μία εργασία. Σε ενδονοσοκομειακό πλαίσιο, οι συναισθηματικές ασθένειες και οι θεραπείες τους, μπορεί να δυσκολεύσουν την κατάληξη της πρόγνωσης, της διάγνωσης, της πορείας και της θεραπείας της ασθένειας.

Ο Chetty και ο Hoque το (2013), έκαναν αυτή την μελέτη με σκοπό να καθορίσουν την αποτελεσματικότητα της γνωστικής ομάδας των νοσηλευτών, ως συμπλήρωμα της αντικαταθλιπτικής φαρμακευτικής αγωγής, σε γυναίκες που πάσχουν από ήπια κατάθλιψη. Επιλέχθηκε ένα δείγμα 30 ατόμων από μια ψυχιατρική κλινική, που συμφώνησαν να συμμετέχουν και χωρίστηκαν τυχαία στις ομάδες παρέμβασης. Η αποτελεσματικότητα της παρέμβασης της γνωστικής ομάδας μετρήθηκε με βάση την κλίμακα κατάθλιψης Beek. Η παρέμβαση NFCG, ως

συμπλήρωμα στην αντικαταθλιπτική φαρμακευτική αγωγή, συνέβαλε στην μείωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων κατά ένα σημαντικό βαθμό.

Ο Chan και οι συνεργάτες του, το (2011), έκαναν μια τυχαίοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή με σκοπό να προσδιοριστεί η επίδραση της μουσικής, στα επίπεδα κατάθλιψης ατόμων μεγάλης ηλικίας. Θα πρέπει να εστιάσουμε την προσοχή μας, σε αυτή την ψυχιατρική διαταραχή που βιώνουν τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, τις επιπτώσεις της και την θεραπεία της. Συμβατικές φαρμακολογικές μέθοδοι μπορεί να οδηγήσουν σε εξάρτηση, καθώς και σε εξασθένηση της ψυχοκινητικής και γνωστικής λειτουργίας των ατόμων αυτών. Όμως ακούγοντας μουσική που είναι μια μη φαρμακευτική μέθοδος, μπορεί να μειωθεί η κατάθλιψη. Συμπερασματικά κατέληξαν στο ότι μειώνονται τα επίπεδα κατάθλιψης των ηλικιωμένων ακούγοντας μουσική, που είναι μια επεμβατική και ανέξοδη θεραπευτική μέθοδος για την βελτίωση της ποιότητας ζωής στην κοινότητα των ηλικιωμένων.

Ο Aczon και οι συνεργάτες του, το (2013), έκαναν αυτή την μελέτη, αξιοποιώντας στοιχεία τα οποία είχαν συλλεχθεί, σε σύγκριση με την επικράτηση της ήπιας, μέτριας και βαριάς κατάθλιψης και τις χρόνιες ασθένειες μεταξύ των ομάδων API, επειδή η κατάθλιψη είχε συσχετισθεί με την υγειονομική περίθαλψη και τα αποτελέσματα των ατόμων με χρόνιες ασθένειες. Η κατανόηση των υποομάδων και των πολιτιστικών τους διαφορών, μπορεί να συμβάλλει στην καλύτερη εκτίμηση των πρώιμων συμπτωμάτων της κατάθλιψης στον πληθυσμό αυτό. Παρατηρήθηκε επίσης ότι άλλα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αυτά τα ευρήματα είναι: τι κάπνισμα, η επαγγελματική απασχόληση, η συναισθηματική υποστήριξη, η ικανοποίηση από την ζωή και η πρόσβαση στην περίθαλψη.

Ο Walker και οι συνεργάτες του, το (2013), έκαναν αυτή τη μελέτη με στόχο να αξιολογήσουν τις σχέσεις μεταξύ των τομέων που περιλαμβάνουν ψυχοκοινωνική και συμπεριφορική υγεία και να εξετάσει την κατανομή και τους παράγοντες κινδύνου που συνοδεύονται με την συγκέντρωση φτωχής ψυχοκοινωνικής και συμπεριφορικής υγείας με χαμηλό εισόδημα, στις πρώτες έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Αυτή η μελέτη αποτέλεσε μια δευτερεύουσα ανάλυση αθροιστικών κακής κατάστασης της υγείας και εκτιμάτε από την αναφορά κλιμάκων για τα καταθλιπτικά συμπτώματα, την δυσαρέσκεια για την εικόνα του σώματος, την διατροφή και την άσκηση, την χρήση ουσιών και την γενική φροντίδα 419 λευκών, ισπανόφωνων και αφροαμερικανών γυναικών με χαμηλό εισόδημα, έξι εβδομάδες μετά τον τοκετό. Κατέληξαν ότι οι σημαντικοί παράγοντες

κινδύνου (δείκτης μάζας σώματος, ισότητα, εθνικότητα, μόρφωση) ποικίλουν ανάλογα με τον τομέα και ότι πολλές γυναίκες με χαμηλό εισόδημα μετά τον τοκετό έχουν κακή ψυχοκοινωνική και συμπεριφορική κατάσταση της υγείας.

Ο Handsley και ο Stocks το (2009), τονίζουν πως υιοθετώντας μια κοινωνιολογική προσέγγιση και με βάση αυτό το έγγραφο που φέρνει στο φως ανεξερεύνητες γνώσεις σχετικά με τον τρόπο που οι νοσηλευτές αλληλεπιδρούν με τους ασθενείς που αντιμετωπίζουν προβλήματα ψυχικής υγείας. Με βάση την κοινωνιολογία της κοινωνικής αλληλεπίδρασης αυτό το έγγραφο μπορεί να βοηθήσει στην κατάθλιψη και σε άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας, σε σχέση με την τρέχουσα ψυχιατρική νοσηλευτική πρακτική. Συγκεκριμένα επικεντρώνεται στις πτυχές απόδοσης του ρόλου και των διαπροσωπικών σχέσεων φροντίδας, σε ψυχιατρικό περιβάλλον, καθώς και τις επιπτώσεις της και τον ιδιαίτερο ρόλο που μπορεί να έχει για τις ευρύτερες πτυχές του θεσμικού και των επίσημων πρακτικών.

Ο Lovrin το (2009), σε αυτή τη μελέτη έχει ως σκοπό να παρουσιάσει μια επισκόπηση των στοιχείων στην βιβλιογραφία για να ενημερώσει τους κλινικούς ιατρούς, οι οποίοι ανησυχούν λόγω των εκθέσεων που συνδέουν την χρήση SSRI με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης αυτοκτονικού ιδεασμού σε εφήβους με μείζονα καταθλιπτική διαταραχή. Και καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η χρήση της SSRI θα πρέπει να είναι μέρος ενός συνολικού σχεδίου θεραπείας, η οποία περιλαμβάνει εκπαίδευση του ασθενή και της οικογένειας του σχετικά με τη χρήση και τις παρενέργειες αυτού του φαρμάκου.

Ο Feely και ο Long, το (2009), παρουσιάζουν μία συνδυαστική θεωρία, η οποία είχε διαμορφωθεί από τα ευρήματα της κλασικής Θεμελιωμένης Θεωρίας που έχει σχεδιαστεί για να συλλάβει ένα δείγμα των αντιλήψεων των ανθρώπων που έχουν κατάθλιψη και τις αντιλήψεις για την φροντίδα ατόμων με κατάθλιψη. Και συμπερασματικά διατυπώνουν ότι η συνδυαστική θεωρία παρέχει ένα πλαίσιο που οι άνθρωποι που εργάζονται στον τομέα της ολιστικής θεραπείας και φροντίδας, θα μπορούσαν να την χρησιμοποιήσουν για να κατανοήσουν καλύτερα και να αποκτήσουν πείρα πάνω στον τρόπο ζωής των ατόμων με κατάθλιψη.

Ο Hirst μαζί με τον Moutier, το (2010), παρατηρούν ότι η μείζονα κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που εμφανίζεται συχνά μετά τον τοκετό και πρέπει να διαχωρίζεται από την ασθένεια {baby blues}. Τα προγεννητικά καταθλιπτικά συμπτώματα, το ιστορικό της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής και το

καταθλιπτικό επεισόδιο πριν τον τοκετό, αυξάνουν σημαντικά τον κίνδυνο της επιλόχειας κατάθλιψης. Έτσι διεκπεραιώνουν πως η ψυχοθεραπεία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως συμπλήρωμα στην φαρμακευτική αγωγή. Και πως αν δεν υπάρξει θεραπεία στην επιλόχεια κατάθλιψη η σχέση μητέρας- μωρού θα είναι ανεπαρκής και μπορεί να οδηγήσει σε καθυστέρηση ανάπτυξης του βρέφους, αλλά και σε μελλοντικά καταθλιπτικά επεισόδια κατά την διάρκεια της ζωής του παιδιού.

Ο Chang και ο Fava, το (2010), εξετάζουν μερικούς από τους πιο πρόσφατους μηχανισμούς και δεν εκπροσωπούνται ακόμα στις ενώσεις, όμως έχουν εγκριθεί για την κατάθλιψη στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη και που μπορεί να αποτελέσουν το μέλλον της ψυχοφαρμακολογικής θεραπείας και πιθανώς να συμβάλλουν στην ποιότητα των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. Και καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι μερικοί από τους μηχανισμούς όπως της νευρογένεσης και αντι-κορτικοειδείς θεραπείες, φαίνεται να είναι πιο προηγμένοι σε σχέση με άλλους όσον αφορά την ανάπτυξη των φαρμάκων, αλλά όλοι οι μηχανισμοί συμβάλλουν στην παγκόσμια προσπάθεια για την ανάπτυξη πιο αποτελεσματικών θεραπειών για την μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Ο Stuppach, το (2012), διατυπώνει πως η κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ψυχική ασθένεια και πως η διάγνωση της γίνεται με βάση ψυχοπαθολογικών κριτηρίων, ανάλογα το στάδιο στο οποίο έχει εξελιχθεί. Και καταλήγει στο συμπέρασμα πως η θεραπεία στην κατάθλιψη θα πρέπει να αποτελείται από τον συνδυασμό φαρμακολογικών και ψυχοθεραπευτικών στρατηγικών. Πολλές ψυχοφαρμακευτικές ουσίες είναι διαθέσιμες, με διαφορετικούς μηχανισμούς δράσης και γίνονται εφικτοί συνδυασμοί αντικαταθλιπτικών με συμπληρωματικούς μηχανισμούς.

Ο Fu και ο Parahoo, το (2009), εκθέτουν την παρούσα μελέτη για την διερεύνηση των αντιλήψεων και τα αίτια που προκάλεσαν κατάθλιψη, μεταξύ ανθρώπων του Ταϊβάν που πλέον ανακάμπτουν από την κατάθλιψη. Διότι τα τελευταία χρόνια στο Ταϊβάν έχουν αυξηθεί η συχνότητα των αυτοκτονιών και η χρήση των ψυχωτικών φαρμάκων. Το καταληκτικό συμπέρασμα της έρευνας είναι πως η αποκάλυψη και η αντιμετώπιση των συγκρούσεων και του άγχους σε εξωσυζυγικές σχέσεις και οι εκτεταμένες οικογενειακές σχέσεις που είναι δύσκολο να διαχειριστούν από νοσηλευτές που εργάζονται σε παραδοσιακά ιατρικά μοντέλα παροχής υγείας.

Ο Block, το (2010), σε αυτό το άρθρο παρουσιάζει τις κοινές αιτίες που υποφέρουν ασθενής με προχωρημένη νόσο, αναγνωρίζει τις προκλήσεις για την έγκυρη διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης και εξετάζει την σχέση μεταξύ κατάθλιψης και άλλων βασικών κλινικών εκβάσεων στον καθορισμό της νόσου σε προχωρημένο στάδιο. Εν κατακλείδι, η κατάθλιψη είναι μία τακτική επιπλοκή της προχωρημένης νόσου, που δυσχεραίνει την ποιότητα ζωής και την λειτουργία των μελών μίας οικογένειας. Ωστόσο υπάρχουν πολλές θεραπευτικές προσεγγίσεις, συμπεριλαμβανόμενων τόσο των φαρμάκων όσο και της ψυχοθεραπείας που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

Ο Groholt, το (2011), στο παρών άρθρο, παρουσιάζει μία έρευνα που έχει την δυνατότητα να καθοδηγήσει τον κλινικό γιατρό να θεραπεύσει έγκαιρα την κατάθλιψη σε νέα άτομα. Και συμπερασματικά καταλήγει ότι θα πρέπει να δοκιμάζεται η ψυχοεκπαίδευση και η ψυχοθεραπεία πριν αρχίσει η φαρμακευτική αγωγή. Παραθέτει πως το Fluoxetine είναι φάρμακο πρώτης επιλογής για την κατάθλιψη και σε περίπτωση που δεν καθίσταται αποτελεσματικό χρησιμοποιείται το SSRI που είναι πιο αποτελεσματικό στους εφήβους.

Ο Spoeilhof και οι συνεργάτες, το (2011), του διατυπώνουν πως η διάγνωση της κατάθλιψης στους ηλικιωμένους συχνά περιπλέκεται με άλλες συννόσηρες παθήσεις εγκεφαλοαγγειακή ασθένεια ή άνοια. Συμπερασματικά παρουσιάζουν πως η κατάθλιψη συνηθίζεται μετά από εγκεφαλικό επεισόδιο ή έμφραγμα μυοκαρδίου και πως η αντίδραση από αντικαταθλιπτική θεραπεία συνδέεται πολύ στενά με αγγειακά επεισόδια. Για την διατήρηση της φροντίδας των καταθλιπτικών, χρησιμοποιείται αντικαταθλιπτική αγωγή και ψυχοθεραπεία.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η κατάθλιψη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα των σύγχρονων κυρίως κοινωνιών, που με το πέρασμα των χρόνων συνεχώς αυξάνεται όπως και η θνησιμότητα της. Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης αλλά η φαρμακοθεραπεία και οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αποδεικνύονται οι πιο αποτελεσματικές. Οι SSRI αποτελούν τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται περισσότερο σήμερα ενώ η γνωστική ψυχοθεραπεία λειτουργεί ως μια προσπάθεια γνωριμίας με τον ίδιο τον εαυτό του.

Σημαντικό έδαφος κερδίζει στη θεραπευτική της κατάθλιψης ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας, όπου σημαντικό ρόλο μπορεί να παίξει και ο νοσηλευτής. Ο νοσηλευτής εκτός από τον παραδοσιακό ρόλο του, καλείται να παίξει και εναλλακτικούς. Ως πρόσωπο αναφοράς διεκπεραιώνει το σύνολο των υποχρεώσεων του ασθενή και φροντίζει για την επίλυση των προβλημάτων (Νοσηλευτικές διαγνώσεις) που πηγάζουν από τη νόσο και εμφανίζονται και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, πάντα με τη χρήση του επιστημονικού εργαλείου που ονομάζεται νοσηλευτική διεργασία. Τα τελευταία χρόνια όμως ο νοσηλευτής μπορεί να έχει και ένα άλλο θεραπευτικό ρόλο, αυτό του ψυχοθεραπευτή. Σε πολλά ψυχιατρικά κυρίως νοσοκομεία η ενασχόληση των νοσηλευτών με την θεραπεία αυτή είναι πολύ διαδεδομένη και ασχολούνται κύρια με τον ομαδική ψυχοθεραπεία. Οι παρεμβάσεις όλων των επαγγελματιών υγείας και των νοσηλευτών θα πρέπει να στοχεύουν αρχικά στην πρόληψη και στη συνέχεια στην αντιμετώπιση της νόσου, στην προστασία της ανθρώπινης ζωής και στην προσφορά ποιότητας στη ζωή του καταθλιπτικού ασθενή (Wanat, et al., 2015).

ΜΕΡΟΣ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Κεντρικό ζήτημα για την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας αποτελεί η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος. Πρόκειται για μια επιλογή που καθορίζεται τόσο από το προσωπικό ενδιαφέρον, τις εμπειρίες και το σύστημα αξιών του ερευνητή όσο και από περισσότερο «αντικειμενικούς» παράγοντες όπως η επικαιρότητα, η σημασία του υπό διερεύνηση ζητήματος καθώς και η ύπαρξη προηγούμενης επιστημονικής γνώσης γύρω από το θέμα, ο τρόπος δηλαδή με τον οποίο αυτό έχει προσεγγισθεί ή οι πλευρές που δεν έχουν τυχόν ερευνηθεί (Hitchcock & Hughes, 1989).

Πράγματι, όλοι οι παραπάνω παράγοντες ώθησαν στην επιλογή διερεύνησης της συγκεκριμένης μελέτης περίπτωσης. Η προσωπική μου φοιτητική εμπλοκή σε νοσηλευτικές διεργασίες στην Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ιωαννίνων (Π.Γ.Ν.Ι), έπαιξαν καταλυτικό ρόλο στη συγκεκριμένη επιλογή. Σε πρώτη φάση η προσοχή μου στράφηκε στην όλο και πιο συχνά εμφανιζόμενη περίπτωση της κατάθλιψης. Στην πορεία και μέσα απ' την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας διαπιστώθηκε ότι αν και υπάρχει πληθώρα επιστημονικού υλικού γύρω από θέματα που αφορούν την κατάθλιψη, δεν υπάρχουν πολλές ποιοτικές μελέτες που θα μπορούσαν να αναδεικνύουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα. Αυτό είχε σαν αποτέλεσμα η εργασία μου να ενσωματώσει τα «λόγια του ασθενούς» σε αυτό το κεφάλαιο που αποτελεί και την ερευνητική προσπάθεια, στα πλαίσια πάντα της πτυχιακής μου εργασίας.

Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης:

Σκοπός, λοιπόν, της μελέτης ήταν να καταγράψουμε τα συμπτώματα με τον τρόπο που τα βίωσε ο συγκεκριμένος άνθρωπος, με τα δικά του λόγια δηλαδή και να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε τους λόγους για τους οποίους ο ίδιος θεωρεί ότι αρρώστησε, αλλά και πως βλέπει το μέλλον του.

Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος:

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες του απέναντι στα θέματα της υγείας της ασθενούς, της αρρώστιας και της ποιότητας της ζωής της. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του

ερευνητικού ερωτήματος (Bowling, 2014). Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (Den Denzin & Lincoln, 1998).

Παρουσίαση του Ιστορικού των συμπτωμάτων

Είναι μια γυναίκα 46 χρονών, όμορφη, ψηλή, λεπτή, μελαχρινή, με μαύρα μακριά μαλλιά, με δύο μεγάλα καστανά μάτια που έχουν μια σπιρτάδα, καθώς σε κοιτάζει με το σοβαρό βλέμμα της. Όταν την βλέπεις κατά πρόσωπο τα μεγάλα μάτια της σου εκφράζουν μια έντονη θλίψη.

Αυτή η γυναίκα έχει δύο παιδιά ηλικίας 15 και 13 χρονών. Ο σύζυγος της την εγκατέλειψε για μία νεότερη της κοπέλα. Έτσι έμεινε μόνη της χωρίς να έχει καμία βοήθεια από κανένα. Η γυναίκα αυτή πριν λίγους μήνες, σαν να μην έφτανε η εγκατάλειψη από τον σύζυγο της έμεινε άνεργη. Για λίγους μήνες καθάριζε σκάλες περιστασιακά και έτσι είχε εξασφαλίσει μια γκαρσονιέρα ώστε να μένει με τα παιδιά της.

Όταν μετά από λίγο καιρό τα πράγματα δυσκόλευαν και δεν μπορούσε να ανταπεξέλθει στο ενοίκιο, αναγκάστηκε να αφήσει το σπίτι και να πάει να ζήσει μαζί με τον μπαμπά της, στο πατρικό της. Στο πατρικό της, τα πράγματα ήταν επίσης δύσκολα διότι ο μπαμπάς της έχει αρκετά προβλήματα υγείας, τα φάρμακα που παίρνει είναι αρκετά και με την σύνταξη που παίρνει τα φέρνει με δυσκολία πέρα για να καλύψει τις δικές του ανάγκες.

Πριν λίγο καιρό χάθηκε και η μητέρα της που ήταν ένας άνθρωπος που μπορούσε να στηριχθεί αυτή και ο μπαμπάς της, η ψυχολογική κατάσταση του πατέρα της και η δική της, είναι άσχημη.

Η κοπέλα παρόλο που είναι συντετριμμένη από τον χαμό της μαμάς της, αλλά και από την εγκατάλειψη του συζύγου της ψάχνει απεγνωσμένα για δουλεία, για να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των παιδιών της.

Τα παιδιά της από την άλλη αντιδρούν σε οτιδήποτε προτείνει η μητέρα τους και εμφανίζουν μια επιθετική συμπεριφορά προς όλο τον κοινωνικό τους κύκλο, στο σχολικό αλλά και στο οικογενειακό τους περιβάλλον. Αντιδρούν έτσι επειδή ήδη βρίσκονται στην εφηβεία και επειδή δεν μπορούν να αποδεχτούν την καινούργια κατάσταση στην οικογένεια τους. Όλα αυτά, επηρεάζουν αρνητικά την μητέρα.

Η κυρία Χ.Τ. λίγο μετά, εφόσον δεν έβρισκε δουλειά άρχισε να αποκόβεται από το κοινωνικό της περιβάλλον, δεν έβγαινε. Στο σπίτι επικρατούσε ένα κλίμα επιθετικό, με καθημερινούς τσακωμούς τόσο με τα παιδιά της, όσο και με τον πατέρα της που παραπονούνταν πως δεν άντεχε άλλο τις φασαρίες.

Η Χ.Τ. δεν είχε αδέρφια, ο άντρας της όλο αυτό το διάστημα δεν ενδιαφέρθηκε για το αν χρειάζονταν κάτι, ήταν εξαφανισμένος και αυτός και οι γονείς του.

Μέσα στο διάστημα του επόμενου μήνα η κυρία Χ. απομονώθηκε στον εαυτό της, αδιαφορούσε για τα παιδιά της, δεν μαγείρευε, δεν έπλενε, δεν καθάριζε.

Περιγράφει ... «ένιωθα μια έλλειψη ευχαρίστησης, υπήρχε μία απόσυρση ολοκληρωτική εντός μου. Κοιμόμουν ατέλειωτες ώρες για να μη σκέφτομαι. Κρυβόμουν απ' όλους, απ' όλα και από τον ίδιο μου τον εαυτό. Ένιωθα απίστευτο και διαρκή πόνο. Πονούσε η ψυχή μου. Φοβόμουν ότι χάνω το μυαλό μου ή ότι ασθενώ σοβαρά και θα πεθάνω...»

«Οι γύρω μου όχι μόνο δεν μπορούσαν να με κατανοήσουν, και με το δίκιο τους, αλλά θεωρούσαν ότι είναι καπρίτσια του χαρακτήρα μου. Προσπάθησαν με το καλό, με το άγριο, αλλά τελικά κλεινόμουν στο καβούκι μου.»

Με τον καιρό τα συμπτώματα επιδεινώθηκαν και η Χ.Τ. άρχισε να κλαίει χωρίς λόγο και να εκδηλώνει θλίψη για πράγματα που δεν την αφορούσαν (οι ειδήσεις στην τηλεόραση ήταν πάντα μια καλή αιτία για κλάμα).

Τα παιδιά της, ο μπαμπάς της, αλλά και ο κοινωνικός της κύκλος δεν ασχολήθηκαν με το τι μπορεί αν κρύβεται πίσω από αυτή την συμπεριφορά της Χ., εκτός από μια καλή της φίλη που υποπτευόταν τι συνέβαινε.

Η Χ. είχε απομονωθεί και δύσκολα έβγαινε από το σπίτι, όμως μια μέρα, μετά την έντονη επιμονή της φίλης της, κατάφερε να βγει από το σπίτι και να πάνε μαζί να παρακολουθήσουν μια παράσταση.

Η βοήθεια ήρθε από το πουθενά. Αιτία αποτέλεσε η παράσταση που παρακολούθησε μετά από παρότρυνση μιας φίλης της «αντιμέτωπος με το τέρας» που πραγματεύεται την πορεία ενός καταθλιπτικού μέσα από την ασθένεια του, μέχρι την ίαση. Αυτή παράσταση ήταν η αφορμή να κατανοήσει ότι τελικά δεν είναι καλά και ότι πάσχει από κατάθλιψη και χρειάζεται βοήθεια.

Η βοήθεια άρχισε να έρχεται από την επίσκεψη της σε ψυχίατρο, μετά την παρότρυνση της φίλης της. Αυτός πολύ εύκολα διέγινωσε το πρόβλημα της και της χορήγησε αγωγή. Με τον καιρό τα συμπτώματα έγιναν πιο ήπια. Έμαθε, σε

συνεργασία με το γιατρό της να αναγνωρίζει τα σημάδια μίας υποτροπής και να δρα αναλόγως, προσαρμόζοντας τα φάρμακα και τις δόσεις τους.

Μετά από δύο χρόνια, όταν η κατάσταση της πήγαινε καλύτερα, άρχισε και πάλι να πιστεύει στον εαυτό της, έκανε προσπάθεια να διακόψει την αγωγή που έπαιρνε αλλά γρήγορα ένιωσε ότι βυθίζεται και ξανάρχισε την αγωγή.

Στόχοι φροντίδας

Μέσα από τη συζήτηση τέθηκε το θέμα της ψυχοθεραπείας. Η ασθενής σκέφτεται να χρησιμοποιήσει και άλλες λύσεις για το πρόβλημα της. Η πρώτη σκέψη είναι η ψυχοθεραπεία, και για το λόγο αυτό προγραμματίζει συναντήσεις με ειδικό ψυχολόγο. Η ψυχολογική υποστήριξη θα έχει σαν σκοπό την καλύτερη κατανόηση του εαυτού της, μέσα από το πρίσμα της κατάθλιψης, την αυτογνωσία της, την αποδοχή της νόσου και την αυτοδιαχείριση της μέσα στα πλαίσια που αυτή θα ορίσει.

Μια δεύτερη σκέψη που τέθηκε είναι η συμμετοχή σε ομάδες αυτοβοήθειας. Στις συναντήσεις της ομάδας, οι συμμετέχοντες μοιράζονται τις εμπειρίες τους, τα προσωπικά τους συναισθήματα, την ενημέρωση που έχει ο καθένας και τις στρατηγικές που έχουν αναπτύξει προκειμένου να αντιμετωπίζουν την κατάθλιψη και να ζουν μια ικανοποιητική ζωή. Πρόκειται δηλαδή για αλληλο-υποστήριξη μέσω της ανταλλαγής προσωπικών εμπειριών, γνώσης, προβληματισμών, ανησυχιών, στρατηγικών και δεξιοτήτων στην καθημερινή ζωή. Είναι συνάντηση αισιοδοξίας με εστίαση στην αλληλοβοήθεια, την ελπίδα και την ενθάρρυνση. Η ομάδα αυτοβοήθειας δεν επιτελεί θεραπευτικό κλινικό ρόλο και άρα δεν υποκαθιστά ή αντικαθιστά την θεραπεία των συμμετεχόντων (φαρμακευτική, ψυχιατρική, ψυχοθεραπευτική). Οι συμμετέχοντες φέρουν αμέριστα την ευθύνη για την θεραπεία που ακολουθούν (ή δεν ακολουθούν).

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Η κατάθλιψη μπορεί να αντιμετωπιστεί. Το βασικό είναι να προσφέρουμε στους ασθενείς τις θεραπευτικές επιλογές που έχουν και δεν γνωρίζουν. Με τη σωστή διάγνωση, τη φαρμακευτική αγωγή, την παράλληλη ψυχοθεραπεία και με τη συμπληρωματική υποστήριξη της ομάδας αυτοβοήθειας, η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται. Ο ασθενής δίνει μια συνεχή μάχη. Πρέπει να αναπτύξει δεξιότητες και ένστικτα που για τους άλλους είναι αυτονόητα.

Πρέπει να ελέγχει τον εαυτό του και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του και τις σχέσεων του. Πρέπει να μειώσει την απομόνωση και την αποξένωση, να μετριάσει την απόγνωση και ενισχύσει την αισιοδοξία, την ελπίδα, την

προσωπική ευθύνη και την αποδοχή του εαυτού. Έτσι μπορεί να αντλεί μεγαλύτερη χαρά και ικανοποίηση από την ζωή παρά τις δυσκολίες, τα εμπόδια, τις απογοητεύσεις και τις αναποδιές της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- **Aczon – Armstrong, M., Inouye, J., & Reyes – Salvail, F.,** 2013. Depression and chronic illness: Asian/Pacific Islander adults in Hawaii. *J Adv Nurs*, 165(4), p.167-74.
- **All About Depression,** (2010). *Causes of Depression*. Available at: <http://www.allaboutdepression.com> [Πρόσβαση:12 Ιουνίου 2016]
- **All Psych,** (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Available at: <http://allpsych.com> [Πρόσβαση: 6 Αυγούστου 2016]
- **American Psychiatric Association.** 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, Text Revision: DSM-IV-TR, Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- **Anapolis,** (2012). *Αίτια-αιτίες κατάθλιψης*. Available at: <http://www.anapolis.gr> [Πρόσβαση: 17 Ιουλίου 2016]
- **Banerjee S.,** (2006). *Consequences of Depression*. Available at: <http://www.searo.who.int> [Πρόσβαση:13 Αυγούστου 2016]
- **Beach, S.R. H., Franklin, K., Dreifus, J., Kamen, C., & Gabriel, B.,** (2011). *Couple therapy and the Treatment of depression*. In A. S. Gurman (Ed.), *Clinical Handbook of Couple Therapy*, Fourth Edition. New York: Guilford.
- **Block, S.D.,** 2010. Diagnosis and Treatment of depression in Patients with advanced illness. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 19, p. 103-109.
- **Bowling, A.,** 2014. *Research Methods in Health Investigation health and health services*. Μετάφραση: Σαμπατάκου- Κάντζολα, Α., & Αβραμιώτης, Ν. 3^η έκδοση. Κύπρος : BROKEN HILL PUBLISHERS LTD.
- **Bruce, ML.,** 2015. Caring for Depression in Older Home Health Patients. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* , 53(11), p.25-30.
- **Chan, MF., Wong, ZY., Onishi, H., & Thavala, NV.,** 2011. Effects of music on depression in older people: a randomized controlled trial. *J Clin Nurs*, 21(5-6), p.776-89.
- **Chang, T., & Fava, M.,** 2010. The future of psychopharmacology of depression. *J Clin Psychiatry*, 71, p. 971-75.

- **Chetty, D., & Hoque, ME.,** 2013. Effectiveness of a nurse facilitated cognitive group intervention among mild to moderately – depressed – women in KwaZulu – Natal, South Africa. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*, 16(1), p.29-34.
- **Clark, M.,** 2007. *Depression & Suicide*. Available at: <http://suicidal.com> [Πρόσβαση: 22 Αυγούστου 2016]
- **Coprue, B.C.,** 2009. *Έφηβοι*. Στο: Kneisl, C.R & Wilson, H.S & Trigoboff, E., ed. *Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Μετάφραση: Κρομμύδας Γ. Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, 733-760.
- **De Berardis, D., Orsolini, L., Serroni, N., Girinelli, G., Iasevoli, F., Tomasetti, C., de Bartolomeis, A., Mazza, M., Valchera, A., Fornaro, M., Perna, G., Piersanti M., Di Nicola M., Cavuto M., Martinotti G., & Di Giannantonio M.A.,** 2015. Comprehensive review on the efficacy of S-Adenosyl-L-methionine in Major Depressive Disorder. *CNS Neurol Disord Drug Targets*, 4(8) p.345-358.
- **Denzin, N. & Lincoln, Y.,** (1998): « Strategies of Qualitative Inquiry». London: Sage Publications.
- **DeRubeis, R.J., Gelfand, L.A., Tang, T.Z., & Simons, A.D.,** 2009. Medications versus cognitive behaviour therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomised comparisons. *Am J Psychiatry*. 156, p.1007–1013.
- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders,** 2015. Available at: <http://allpsych.com> [Πρόσβαση:17 Αυγούστου 2016]
- **Eby, L., & Brown, N.,** 2010. *Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. 2^η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- **Feely, M., & Long, A.,** 2009. Depression: A psychiatric nursing theory of connectivity, *J Adv Nurs*, 16(8), p. 725-37.
- **Flach, F.,** 2008. *Κατάθλιψη, η Μυστική της Δύναμη*. Αθήνα: Εκδόσεις Δίοδος.
- **Fu, CM., & Parahoo, K.,** 2009. Causes of depression: perceptions among people recovering from depression. *J Adv Nurs*, 65(1), p.101-9.
- **Gibbons, AS., Jeon, W.J., Scarr, E., & Dean, B.,** 2015. Changes in Muscarinic M2 Receptor Levels in the Cortex of Subjects with Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder and in Rats after

Treatment with Mood Stabilisers and Antidepressants. Int J Neuropsychopharmacol, 8(3), p.118-123.

- **Grohol, J.M.**, 2010. *Depression and Exercise*. Available at: <http://psychcentral.com> [Πρόσβαση:17 Αυγούστου 2016]
- **Groholt, B.**, 2011. Medicinal treatment of depression children and adolescents. *J Psychiatric Ment Health Nurs*, 131(22), p. 2243-2245.
- **Handsley, S., & Stocks S.**, 2009. Sociology and nursing: role performance in a psychiatric setting. *Int J Ment Health Nurs*, 18(1), p. 26-34.
- **Happell, B., Cowin L., Roper C., Foster, K . & McMaster, R.**, 2008. Introducing Mental Health Nursing:A consumer oriented approach. *Melbourne: Allen & Unwin*, 6(3), p.324-328.
- **Healthwise Staff**, 2010. Depression Causes. Available at: <http://www.webmb.com> [πρόσβαση:12 Ιουλίου 2016]
- **Healthwise Staff**, 2010. *Depression Medications (Antidepressants)*. Available at: <http://www.webmd.com> [πρόσβαση:12 Ιουλίου 2016]
- **Healthwise Staff**, 2010. Family therapy. Available at: <http://www.webmd.com> [πρόσβαση:11 Ιουνίου 2016]
- **HiCow**, 2011. *Οι σωματικές επιπτώσεις της κατάθλιψης*. Available at: <http://rs7.co/www.hicow.com> [Πρόσβαση:11 Αυγούστου 2016]
- **Hirst, KP., & Moutier, CY.**, 2010. Postpartum major depression. *Am Fam Psysician*, 82, p.926-33.
- **Hitchcock, G. & Hughes, D.**, (1989). «*Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research*», London, Routledge.
- **Holms, L.**, 2010. *Causes of Depression*. Available at: <http://mentalhealth.about.com> [Πρόσβαση: 13 Αυγούστου 2016]
- **Intelihealth**, 2010. *How is depression diagnosed*. Available at: <http://www.inteliheath.com> [Πρόσβαση 15 Ιουλίου 2016]
- **Katon, W., & Schulberg, H.**, 2009. Epidemiology of depression . *Gen Hosp sychiatry*, 14, p.237-247.
- **Kennedy, S.H., McIntyre, R.S., Soczynska, J.K., Nguyen, T., Bilkey, T.S., Woldeyohannes, H.O., Nathanson, J.A., Joshi, S., Cheng, J.S., Benson, K.M., & Muzina, D.J.**, 2010. Attention-Deficit/Hyperactivity

Disorder in Adults With Bipolar Disorder or Major Depressive Disorder: Results From the International Mood Disorders Collaborative Project. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 19(3), p.345-358.

- **Kneisl, C.R, Wilson, H.S, & Trigoboff, E.,** 2009. *Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Μετάφραση: Κρομμύδας Γ. Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, p. 406-441.
- **Koulouri, A.,** 2009. Suicidal Behavior and Primary Health Care Services. *Nosileftiki*, 48 (3), p. 292-299.
- **Ladegaard, N., Videbech, P., Lysaker, PH., & Larsen, E.R.,** 2015. The course of social cognitive and metacognitive ability in depression: Deficit are only partially normalized after full remission of first episode major depression. *Br J Clin Psychol*, 8(2),p. 658-662.
- **Langenfeld, S.,** 2011. *Dysthymic Disorder*. Available at: <http://reference.medscape.com> [Πρόσβαση 22 Νοεμβρίου 2016]
- **Lenze, E.J.,** 2005. "Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: Effects on social adjustment," *American Journal of Psychiatry*, 159, p.466-468.
- **Lovrin, M.,** 2009. Treatment of major depression in adolescents: weighing the evidence of risk and benefit in light of black box warning. *J Child Adoles Psychiatry Nurs*, 22(2), p.63-8.
- **Lunde, C., Frisé, A., & Hwang, P.C.,** 2007. Ten -year-old girls and boys body composition and peer victimization experiences: Prospective associations with body satisfaction, *J Child Adoles Psychiatry Nurs*, 5(3) p.11-28.
- **Mayo clinic staff,** (2011). *Symptoms and Diagnosis of Depression*. Available at: <http://www.mayoclinic.com> [Πρόσβαση:19 Νοεμβρίου 2016]
- **Mayo Clinic Staff,** 2011. *Treatments and drugs*. Available at: www.mayoclinic.com [Πρόσβαση:13 Νοεμβρίου 2016]
- **Medkov, A.,** 2003. *Κατάθλιψη: Πρόληψη - θεραπεία*. Available at: <http://www.medlook.net> [Πρόσβαση: 12 Νοεμβρίου 2016]
- **MID Online,** 2009. *Αίτια Κατάθλιψης*. Available at: <http://www.midoline.com> [Πρόσβαση:13 Νοεμβρίου 2016]

- **Möller, H.J., & Fountoulakis, K.N.,** 2011. Προβλήματα σχετικά με τον καθορισμό της αποτελεσματικότητας και της δραστηριότητας των αντικαταθλιπτικών φαρμάκων. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, 22(4), p.298-306.
- **Mollinea,** 2010. *Consequences of untreated depression.* Available at: <http://www.livestrong.com> [Πρόσβαση: 15 Ιουλίου 2016]
- **Nardi, A.E., Araujo, D.M.R., & Santos, G.F.S.,** 2010. Binge eating disorder and depression: A systematic review. *J Child Adoles Psychiatry Nurs*, 6(2), p.199-207.
- **Oquendo, M.A., Friend, J.M., Halberstam, B.A., Brodsky, B.S., Burke, A.K., Grunebaum, M.F., Malone, K.M., & Mann, J.,** 2003. Association of Comorbid Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression With Greater Risk for Suicidal Behavior. *Arch Gen Psychiatr*, 160 (3), p.580-582.
- **Ouzouni, C., & Nakakis, K.,** 2008. Nursing care of depressed children. *NOSILEFTIKI* 2008, 47(4), p.458-470.
- **Pendick, D.,** 2010. *Depression and Treatment.* Available at: <http://www.memorylossline.com> [Πρόσβαση: 11 Αυγούστου 2016]
- **Pignarre, P.,** 2007. *Πως η κατάθλιψη έγινε επιδημία.* Θεσσαλονίκη: UNIVERSITY STUDIO PRESS A.E
- **Primack, B.A., Swanier, B., Georgiopoulos, A.M., Land, S.R., & Fine, M.J.,** 2009. Association Between Media Use in Adolescence and Depression in Young Adulthood A Longitudinal Study. *Arch Gen Psychiatr*, 6(2) p.181-188.
- **Querques, J., & Kontos, N.,** 2010. An approach to the patient with deregulated mood: major depression and bipolar disorder. *Medical Clinical North American*, 94, p.1117-26.
- **Rodopaïos, N., Panagiotidis, P., Serafeim, T., & Chasapidou M.,** 2013. Obesity and Depression: Treatment in Adult Patients. *Nosileftiki*, 52 (1), p.73-80.
- **Roupa, Z., Tatsiou, I., Tsiklitara, A., Koulouri, A., Nikas, M., Mpiskini, I., & Sotiropoulou, P.,** 2009. Anxiety and Depression Among Elderly in the Community. *Nosileftiki*, 1 (2), p.61-66.

- **Sanchez-Villegas, A., Delgado-Rodriguez, M., & Alonso, A.,** 2009. Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of *Arch Gen Psychiatry*, 66(10), p.1090-8.
- **Smith, M., Saisan, I., & Segal, J.,** 2011. *Understanding Depression*. Available at: <http://helpguide.org> [Πρόσβαση: 21 Αυγούστου 2015]
- **Spoelhof, GD., Davis, GL., & Licari, A.,** 2011. Clinical vignettes in Geriatric Depression. *J Psychiatric Nurs*, 84(10), p. 1149-1154.
- **Steinert, C., Schauenburg, H., Dinger, U., & Leichsenring, F.,** 2015. Short-Term Psychodynamic Therapy in Depression - An Evidence-Based Unified Protocol]. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 34(4), p.278-294.
- **Stuppach, C.,** 2011. Depression: diagnosis, treatment and course. *Gen Psychiatry*, 23(4), p.401-5.
- **Temel, M., & Kutlu, FY.,** 2015. Gordon's model applied to nursing care of people with depression. *J Psychiatry*, 2(4), p.321-332.
- **Thakur, M., & Blazer, D.G.,** 2010. *Depression in long-term care*. Available at: <http://www.amda.com> [Πρόσβαση: 21 Αυγούστου 2016]
- **Thompson, L., Howes, C., & McCabe, R.,** 2015. Effect of questions used by psychiatrists on therapeutic alliance and adherence. *Br J Psychiatry*, 8(6), p. 216-222.
- **Timms, P.,** 2010. *Depression –Men and Women*. Available at: <http://www.rcpsych.ac.uk> [Πρόσβαση 15 Ιουνίου 2016]
- **Tundo, A., de Filippis, R., & Proietti, L.,** 2015. Pharmacologic approaches to treatment resistant depression: Evidences and personal experience. *J Psychiatry*, 5(3), p.330-41.
- **Tyrell, M.,** 2011. *Symptoms of Depression*. Available at: <http://www.clinical-depression.co.uk> [Πρόσβαση:12 Αυγούστου 2015]
- **Tyson, M.,** 2011. *Causes of Depression*. Available at: <http://www.clinical-depression.co.uk> [Πρόσβαση: 12 Αυγούστου 2016]
- **Villada, P., FA., Vélez. A., EF., & Baena LZ.,** 2013. Physical Exercise and Depression in the Elderly : A Systematic Review, *Rev Colomb Psiquiatr*, 42(2), p.198-211.

- **Walker, LO., Sterling, BS., Guy, S., & Mathometa, MJ.,** 2013. Cumulative poor psychosocial and 6 weeks postpartum. *Nurs Res*, 62(4), p.233-42.
- **Wanat, M., Walker, J., Hodges, L., Richardson, A., & Sharpe, M.,** 2015. Selecting, training and supervising nurses to treat depression in the medically ill: experience and recommendations from the SMART oncology collaborative care trials. *Gen Hosp Psychiatry*, 37(6), p.518-21.
- **WHO,** 2012. *Diagnosing Depression*. Available at: <http://www.searo.who.int>. [Πρόσβαση: 5 Αυγούστου 2016]
- **Wilkin, P., & Barker, P.,** 2003. *Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring*. London: Arnold, p. 26–33.
- **Zarate, CA., Jr., Singh, JB., & Carlson, PJ.,** 2006. A randomized trial of an N-methyl-D-aspartate antagonist in treatment-resistant *Arch Gen Psychiatry*, 63(8) p. 856-64.
- **Δασκαλόπουλος, Θ.,** 2006. *Κατάθλιψη μετά το τοκετό, Επιλόχεια κατάθλιψη, Ψυχιατρική θεραπεία*. Available at: <http://psi-gr.tripod.com> [Πρόσβαση 15 Ιουνίου 2016]
- **Δασκαλόπουλος, Θ.,** 2006. *Μείζων κατάθλιψη*. Available at: <http://psi-gr.tripod.com> [Πρόσβαση: 3 Αυγούστου 2016]
- **Δασκαλόπουλος, Θ., 2006.** *Φάρμακα στην Ψυχιατρική*. Available at: <http://psigr.tripod.com> [Πρόσβαση: 20 Αυγούστου 2016]
- **Δημητράσκου, Θ.,** 2005. *Κατάθλιψη στη τρίτη ηλικία*. Available at: <http://e-psychology.gr> [Πρόσβαση 4 Αυγούστου 2016]
- **Δίκαιος, Δ.Γ.,** 2005. Υπνηλία και Αίσθημα Κόπωσης στην Κατάθλιψη, Θεραπευτική αντιμετώπιση με μοδαφινίλη. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 22 (6), Σελ.544 -551.
- **ΕΠΙΨΥ,** 2010. *Άνδρες και κατάθλιψη*. Available at: <http://www.dipressionanxiety.gr> [πρόσβαση: 22 Αυγούστου 2016]
- **ΕΠΙΨΥ,** 2010. *Γνωσιακή – Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία*. Available at: <http://www.depressionanxiety.gr> [Πρόσβαση 22 Αυγούστου 2016]
- **ΕΠΙΨΥ,** 2010. *Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία*. Available at: <http://www.depressionanxiety.gr> [Πρόσβαση 22 Αυγούστου 2016]

- **ΕΠΙΨΥ**, 2010. *Δυσθυμική Ψυχοθεραπεία*. Available at: <http://www.depressionanxiety.gr> [Πρόσβαση : 22 Αυγούστου 2016]
- **ΕΠΙΨΥ**, 2010. *Θεραπεία Κατάθλιψης*. Available at: <http://www.depressionanxiety.gr> [Πρόσβαση: 22 Αυγούστου 2016]
- **ΕΠΙΨΥ**, 2010. *Παιδιά και κατάθλιψη*. Available at: <http://www.dipressionanxiety.gr> [πρόσβαση: 22 Αυγούστου 2016]
- **Ευθυμίου, Κ.**, 2007. *Η Γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία*. Available at: <http://www.psychotherapy.gr> [Πρόσβαση 17 Αυγούστου 2016]
- **Ιεροδιακόνου, Χ., Φωτιάδης, Χ., & Δημητρίου, Ε.**, 2010. *Ψυχιατρική*. Θεσσαλονίκη: Εκδ. Μαστορίδης.
- **Καϊτέ, Χ., & Καρανικόλα, Μ.**, 2015. Συστηματική Ανασκόπηση Ποιοτικών Μελετών της Βιωμένης Εμπειρίας της Ψυχικής Νόσου. *ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ*, 32(4) , Σελ. 451-460.
- **Κοκκώλης, Κ.**, 2004. *Κατάθλιψη: Αίτια και αντιμετώπιση*. Available at: <http://www.iatronet.gr> [Πρόσβαση: 16 Αυγούστου 2016]
- **Κωστοπούλου, Μ.**, 2010. *Μύθοι και αλήθειες για την αυτοκτονία*. Available at: <http://www.otherside.gr> [Πρόσβαση: 14 Ιουλίου 2016]
- **Λαζαράτου, Ε., & Αναγνωστόπουλος, Δ.Κ.**, 2001. Εφηβεία και κατάθλιψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 8(3) p.468-470.
- **Μαρνέρας, Χ., & Αλμπάνη, Ε.**, 2009. Συμβουλευτική και Σχεδιασμός Προγράμματος Αγωγής Υγείας στο Χώρο της Εκπαίδευσης: Ο Ρόλος του Σχολικού Νοσηλευτή. *Ελληνικό περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 2 (3), Σελ. 76-79.
- **Μενιδιάτου, Α.**, 2012. *Κυκλοθυμική διαταραχή*. Available at: <http://www.mazi.org.gr> [Πρόσβαση 22 Αυγούστου 2016]
- Μίνου, Ν., 2004. *Πως επηρεάζει η κάθε εποχή την διάθεση μας*. Available at: <http://www.minou.gr> [Πρόσβαση : 13 Ιουλίου 2016]
- **Μπαϊζάνης, Ν., & Παπανικολάου, Ε.**, 2002. Νοσηλευτική παρέμβαση στις διαταραχές αγωγής των εφήβων. *Hellenic Journal of Nursing*, 41(3) p. 319-328.
- **Μωραΐτου, Μ.**, 2004. Η εκδήλωση της κατάθλιψης στις γυναίκες κατά την αναπαραγωγική περίοδο. *Focus*, 8(8), p.26-29.

- **Οικονόμου-Λαλιώτη, Μ.,** 2011. *Διπολική διαταραχή*. Available at: <http://www.enet.gr> [Πρόσβαση : 11 Αυγούστου 2016]
- **Παραδέλης, Α.Γ.,** 2011. *Κλινική Φαρμακολογία*. University Αθήνα:Studio Press.
- **Ρομφαία, Ε.,** 2005. Οι τρεις βασικές αιτίες της κατάθλιψης. Available at: <http://epsychology.gr> [Πρόσβαση: 14 Ιουλίου 2016]
- **Σκαπινάκης, Π.,** 2003. *Διάγνωση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους*. Available at: <http://web4health.info> [Πρόσβαση: 5 Αυγούστου 2016]
- **Σκαπινάκης, Π.,** 2003. *Συμπτώματα της κατάθλιψης*. Available at: <http://web4health.info> [Πρόσβαση: 17 Ιουνίου 2016]
- **Φραδέλος, Ε., & Στάϊκος, Χ.,** 2013. Η συμβολή της ενεργητικής ακρόασης στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 18(4), Σελ. 213-219.
- **Χαρίλα, Τ.,** 2012. *Ατομική ψυχοθεραπεία*. Available at: <http://www.kepsy.gr> [Πρόσβαση: 10 Αυγούστου 2016]
- **Χριστοδούλου ΓΝ.**2005. *Ψυχιατρική*. Εκδ.Βήττα, Αθήνα, 2005.
- **Χριστοδούλου, Γ.Ν., Αλεβίζος, Β., & Μαυρέας, Β.,** 2010. Οι Ψυχικές Διαταραχές στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. *Οδηγίες για τη Διάγνωση και την Αντιμετώπιση*. ICD – 10 Κεφάλαιο V Ειδική Έκδοση για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα. ΒΗΤΑ Ιατρικές εκδόσεις.