



Τ.Ε.Ι ΗΠΕΙΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ : ΤΑΡΗ ΧΡΥΣΟΥΛΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : ΓΚΟΥΒΑ ΜΑΙΡΗ

Ιωάννινα, 2018

Ευχαριστίες

Με την περάτωση της παρούσας εργασίας θα επιθυμούσα να εκφράσω τις ευχαριστίες και την ευγνωμοσύνη μου αρχικά στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κυρία Μαίρη Γκούβα, η οποία με παρότρυνε να ασχοληθώ με το θέμα αυτό και με υποστήριξε σε όλη τη διάρκεια της εκπόνησης. Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω την οικογένειά μου που μου συμπαραστάθηκε, αλλά και κάθε άτομο που συνέβαλε στην προσπάθειά μου αυτή.

Περιεχόμενα

Περίληψη	4
Abstract	7
Εισαγωγή	9
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
A. Γενικό	11
1. Ορισμός	12
2. Ιστορική Αναδρομή	15
3. Επιδημιολογία	21
4. Συμπτώματα	24
5. Τα είδη της κατάθλιψης	27
6. Αιτιολογία	32
7. Παράγοντες κινδύνου	36
8. Κλινική Εικόνα	41
9. Διάγνωση	44
B. Ο Ρόλος του Νοσηλευτή	
Εισαγωγικά	47
1. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Εκτίμηση	49
2. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Διάγνωση	49
3. Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην θεραπεία	50
4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φαρμακολογική θεραπεία	53
5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην μη φαρμακολογική θεραπεία	54
6. Τηλειατρική και Κατάθλιψη	57
Γ. ΜΕΡΟΣ	
Ειδικό	61
Ποιοτική έρευνα	62
Βιβλιογραφία	67

Εισαγωγή

Η κατάθλιψη είναι ένα πρόβλημα ψυχικής υγείας το οποίο επηρεάζει όλο και περισσότερους ανθρώπους σε παγκόσμια κλίμακα. Οι σύγχρονες απαιτήσεις της κοινωνίας, οι αλλαγές που σημειώνονται καθώς και οι αλληπάλληλες πιέσεις αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες εκδήλωσης αυτής της διαταραχής. Η κατάθλιψη είναι μια νόσος που υπάρχει εδώ και πολλά χρόνια, σημειώνοντας ωστόσο τεράστια επίπεδα επιπολασμού τις δύο τελευταίες δεκαετίες. Όλο και περισσότεροι άνθρωποι κάθε ηλικίας παρουσιάζουν τα σχετικά συμπτώματα όπως έλλειψη ενέργειας και αντοχής, κακή διάθεση και αδυναμία συγκέντρωσης. Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η διάγνωση και κατ'επέκταση η θεραπευτική παρέμβαση οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να λάβουν υπ όψιν τους κάποια κριτήρια, τα οποία είναι γνωστά ως διαγνωστικά κριτήρια. Τα συμπτώματα λοιπόν της κατάθλιψης είναι κοινώς γνωστά σε όλους. Το ίδιο όμως δεν ισχύει για την αιτιολογία. Οι αιτίες εμφάνισης της κατάθλιψης μπορεί να οφείλονται σε μια σειρά παραγόντων οι οποίοι δρουν συνδυαστικά. Όπως και να χει η διάγνωση πρέπει να γίνεται άμεσα προκειμένου να επιτευχθεί η κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση η οποία θα βασίζεται στις ανάγκες και τα χαρακτηριστικά του ασθενούς.

Σκοπός

Στόχος της παρούσας ανασκοπικής μελέτης είναι να εξεταστεί το ζήτημα της κατάθλιψης με έμφαση στον ρόλο του νοσηλευτή. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι σημαντικός σε κάθε στάδιο, από αυτό της εκτίμησης μέχρι και εκείνο της θεραπείας και της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης.

Υλικό και Μέθοδος

Για τους σκοπούς της παρούσας προσπάθειας πραγματοποιείται έρευνα σε ηλεκτρονικές μηχανές αναζήτησης όπως το Pubmed. Για την κάλυψη των αναγκών και των στόχων που έχουν τεθεί επιλέγονται σύγχρονα βιβλία και άρθρα, τόσο ελληνικά όσο και ξενόγλωσσα. Πιο συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της ελληνικής και διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, Google Scholar, SpringerLink

και στη βιβλιοθήκη της ΣΕΥΠ του Τ.Ε.Ι. Ηπείρου καθώς και στη βιβλιοθήκη του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα βιβλία και άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία και το υλικό συλλέχθηκε κατόπιν λεπτομερούς μελέτης της σχετικής βιβλιογραφίας. Η επιλογή έγινε από βιβλία, γενικά άρθρα, ανασκοπήσεις, συστηματικές μελέτες και διπλωματικές εργασίες. Τέθηκε περιορισμός όσον αφορά στη γλώσσα δημοσίευσης των βιβλίων και των άρθρων και χρησιμοποιήθηκαν μόνο αυτά που ήταν δημοσιευμένα στην ελληνική και αγγλική γλώσσα.

Αποτελέσματα

Τα περιστατικά κατάθλιψης σημειώνουν όλο και περισσότερη άνοδο τα τελευταία χρόνια, πλήττοντας ανθρώπους από κάθε ηλικιακή ομάδα οι οποίοι παρουσιάζουν ποικιλία χαρακτηριστικών όσον αφορά τα δημογραφικά διακριτικά τους. Η κατάθλιψη είναι μια σύνθετη νόσος με αρκετές απαιτήσεις. Απαραίτητος σε κάθε περίπτωση είναι ο ρόλος του νοσηλευτή. Τα τελευταία χρόνια η ανάπτυξη της τεχνολογίας έχει βοηθήσει σημαντικά στην διαχείριση της κατάστασης.

Συμπεράσματα

Η αναζήτηση βοήθειας, ιδιαίτερα εκ μέρους των καταθλιπτικών γυναικών, γίνεται κυρίως στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας ή σε εξωτερική ψυχιατρική υπηρεσία, αν και ένα μεγάλο μέρος από αυτά τα άτομα δεν καταφεύγουν στους ειδικούς. Η σημασία της πρόληψης των καταθλιπτικών καταστάσεων ή κλινικών οντοτήτων είναι πολύ σημαντική, αφού πέραν των επιπτώσεων στην υγεία του ατόμου που υποφέρει από κατάθλιψη, οι καταστάσεις αυτές συνδέονται πάντοτε με απόπειρες αυτοκαταστροφής ή και την ίδια την αυτοκτονία.

Λέξεις Κλειδιά

Κατάθλιψη, νοσηλευτικές παρεμβάσεις, θεραπεία, πρόληψη, εκτίμηση, επιδημιολογία

Abstract

Introduction

Depression is a mental health problem that affects more and more people on a global scale. The modern demands of society, the changes noted and the successive pressures are the most important factors in the manifestation of this disorder. Depression is a disease that has existed for many years, but has nevertheless seen huge levels of prevalence over the last two decades. More and more people of all ages show symptoms such as lack of energy and strength, poor mood and inability to concentrate. In order to make diagnosis and thus therapeutic intervention, health professionals need to take into account certain criteria, which are known as diagnostic criteria. So the symptoms of depression are commonly known to everyone. The same is not true of the reasoning. The causes of depression may be due to a number of factors that act together. Whatever the diagnosis is, it must be done immediately in order to achieve appropriate therapeutic intervention based on the needs and characteristics of the patient.

Purpose

The aim of this review study is to examine the issue of depression with an emphasis on the role of the nurse. The role of the nurse is important at every stage, from the assessment to the treatment and the psychosocial rehabilitation.

Material and Method

For the purposes of this effort, research is carried out on search engines such as Pubmed. To meet the needs and objectives set, modern books and articles are selected, both Greek and foreign. More specifically, a review of the Greek and international bibliography was carried out in the electronic databases PubMed, Google Scholar, SpringerLink and the TEYF Library of

TEI. Epirus and in the library of the University of Ioannina. The material of the study was selected books and articles published mainly during the last decade and the material was collected following a detailed study of the relevant literature. The selection was made from books, general articles, reviews, systematic studies and diplomatic works. Limitations were placed on the language of publication of books and articles and only those published in Greek and English were used.

Results

Depression cases are rising more and more in recent years, affecting people in every age group who have a variety of demographic features. Depression is a complex disease with several requirements. Necessary in any case is the role of the nurse. In recent years, the emergence of technology has helped significantly in managing the situation.

Conclusions

The search for help, especially on the part of depressed women, is mainly at the level of primary care or external psychiatric service, although a large part of these people do not resort to specialists. The importance of preventing depressive situations or clinical entities is very important, since in addition to the health impact of a person suffering from depression, these situations are always associated with attempted self-destruction or even suicide.

Key words

Depression, nursing interventions, treatment, prevention, assessment, epidemiology

Εισαγωγή

Οι επιδημιολογικές διαστάσεις των συναισθηματικών διαταραχών, όπως αυτές που έχουν διερευνηθεί στο διεθνή και στον ελληνικό χώρο, έχουν την πολυμορφία της ίδιας της φύσης της κατάθλιψης και κατά κύριο λόγο αποκαλύπτουν σημαντικά ποσοστά του γενικού πληθυσμού που υποφέρουν από καταθλιπτικά συμπτώματα ή συναισθηματικές διαταραχές, που επιφέρουν έκπτωση της κοινωνικής λειτουργικότητας, ενώ τα άτομα αυτά συνήθως αναφέρουν και κακή σωματικά υγεία ή εμφανίζουν μεγαλύτερη θνησιμότητα. Η αναζήτηση βοήθειας, ιδιαίτερα εκ μέρους των καταθλιπτικών γυναικών, γίνεται κυρίως στο επίπεδο της πρωτοβάθμιας φροντίδας ή σε εξωτερική ψυχιατρική υπηρεσία, αν και ένα μεγάλο μέρος από αυτά τα άτομα δεν καταφεύγουν στους ειδικούς. Η σημασία της πρόληψης των καταθλιπτικών καταστάσεων ή κλινικών οντοτήτων είναι πολύ σημαντική, αφού πέραν των επιπτώσεων στην υγεία του ατόμου που υποφέρει από κατάθλιψη, οι καταστάσεις αυτές συνδέονται πάντοτε με απόπειρες αυτοκαταστροφής ή και την ίδια την αυτοκτονία.

Έχει καταστεί σαφές πλέον πως η κατάθλιψη επηρεάζει τόσο την ψυχή όσο και το σώμα του ανθρώπου που υποφέρει από αυτήν. Πρόκειται λοιπόν για μια ψυχική διαταραχή με πολύπλευρες συνέπειες. Εξετάζοντας την λέξη από ετυμολογική άποψη, παρατηρούμε ότι προέρχεται από το ρήμα «καταθλίβω», μια λέξη με πολλές σημασίες. Η νόσος λοιπόν αυτή έχει άμεση σχέση με την αδυναμία του ατόμου να ευχαριστείται από κάθε χαρά της ζωής.

Η διάγνωση απαιτείται να είναι έγκαιρη αλλά και ταυτόχρονα έγκυρη. Η έγκαιρη διάγνωση σε συνδυασμό με την πρώιμη και ορθή θεραπευτική παρέμβαση αποτελούν τις δυο βασικές προϋποθέσεις με σκοπό να αντιμετωπισθούν οι διαταραχές διάθεσης και να μειωθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις που προκαλούνται από αυτές. Για να μπορέσει ο ειδικός ή οι ειδικοί να οδηγηθούν σε μια ασφαλή διάγνωση, δύναται να χρησιμοποιήσουν μια σειρά από διάφορα μέσα - μεθόδους όπως είναι η συνέντευξη (είτε με το ίδιο το άτομο είτε με την οικογένεια του), οι ψυχολογικές διαδικασίες ή ερωτηματολόγια (Rorschach, TAT, τέστ προσωπικότητας M.M.P.I) είτε και κάποιες εργαστηριακές

εξετάσεις για τον αποκλεισμό ύπαρξης κάποιων συμπτωμάτων λόγω κάποιας γενικότερης ιατρικής κατάστασης.

Η αντιμετώπιση των διαταραχών διάθεσης γενικότερα και της κατάθλιψης ειδικότερα, επιτυγχάνεται γρήγορα και αποτελεσματικά με μια σειρά μορφών ψυχοθεραπείας. Το αποτέλεσμα αυτών δεν είναι απλά και μόνο η ανακούφιση από τα αντίστοιχα συμπτώματα αλλά και η αλλαγή της δομής της προσωπικότητας του ατόμου.

ΜΕΡΟΣ ΓΕΝΙΚΟ

1. Ορισμός

Οι διαταραχές διάθεσης γνωστές και ως συναισθηματικές διαταραχές συνιστούν μια ομάδα διαταραχών οι οποίες έχουν άμεση σχέση με της διαταραχή της συναισθηματικής διάθεσης. Χαρακτηριστικά παραδείγματα που αφορούν την ανθρώπινη διάθεση και θα μπορούσαν να αναφερθούν είναι ο θυμός, η κατάσταση της έξαρσης και η καταθλιπτική συμπεριφορά. Κύριος εκπρόσωπος των συναισθηματικών διαταραχών είναι η κατάθλιψη, η οποία συνιστά μία από τις πιο συχνά εμφανιζόμενες νόσους του τελευταίου αιώνα, αποτελώντας ταυτόχρονα σημαντικό δείκτη επικινδυνότητας για την εμφάνιση μιας σειράς ασθενειών που πλήττουν ανθρώπους σε κάθε μεριά του κόσμου. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, περίπου 350 εκατομμύρια άνθρωποι παγκοσμίως υποφέρουν από κατάθλιψη. (WHO, 2012).

Οι ψυχολογικές διαταραχές έχουν σημαντικό αντίκτυπο στις γνωστικές, συναισθηματικές και συμπεριφορικές διαδικασίες, προκαλώντας σημαντική δυσφορία η οποία εμποδίζει την καθημερινή λειτουργία. Έρευνα για την υγεία που διεξήχθη σε όλες τις ευρωπαϊκές χώρες (30) έδειξε έναν εκτιμώμενο αριθμό 164,8 εκατομμυρίων ατόμων που πάσχουν από κάποιου είδους ψυχική διαταραχή. Σε μια νορβηγική έκθεση προβλέπεται ότι το 1/2 του πληθυσμού θα αναπτύξει μία διανοητική διαταραχή κατά τη διάρκεια της ζωής και το 1/3 θα ικανοποιήσει τις απαιτήσεις διαγνωστικής ψυχικής διαταραχής εντός ενός έτους. (American Psychiatric Association, 2013)

Το άγχος και η κατάθλιψη είναι οι συνηθέστερες ψυχολογικές διαταραχές σε δείγματα κοινοτικής και πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αντιπροσωπεύοντας το 14% (άγχος) και το 6.9% (καταθλιπτικές διαταραχές) των ψυχολογικών διαταραχών

στην Ευρώπη. Κατά συνέπεια, διαπιστώθηκε ότι το άγχος και η κατάθλιψη αντιπροσωπεύουν το μεγαλύτερο ποσοστό έμμεσου (αναρρωτικής άδειας, πρόωρης συνταξιοδότησης και αυτοκτονίας) και άμεσου κόστους (ιατρικών συμπληρωμάτων και θεραπείας) συνολικά στις ευρωπαϊκές χώρες. Συνολικά, οι διαταραχές άγχους κοστίζουν στις ευρωπαϊκές χώρες 74,4 δισ. Ευρώ και 113,4 δισ. Ευρώ οι καταθλιπτικές διαταραχές κατά τη διάρκεια ενός έτους. Λαμβάνοντας υπόψη αυτές τις εκτιμήσεις, είναι σημαντική η πρόληψη διαγνωστικών διαταραχών όπως το άγχος και η κατάθλιψη. Λόγω της σημερινής κοινωνίας, η επικράτηση του άγχους και της κατάθλιψης προβλέπεται να αυξηθεί (Olesen et al., 2012).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κατάθλιψη είναι πλέον μια από τις πιο συχνές επιδημίες. Είναι μια ψυχική διαταραχή με επιδράσεις τόσο στην ψυχή όσο και στο σώμα. Χαρακτηριστικό είναι πως στις μέρες μας η γνώση γύρω από την κατάθλιψη είναι ιδιαίτερα επαρκής. Η ερευνητική κοινότητα γνωστοποιεί όλο και περισσότερα ευρήματα τα οποία βοηθούν σημαντικά στην αναγνώριση και την αντιμετώπιση της κατάστασης (Στεφανής και συν., 1973).

Σίγουρα όμως, δεν είναι λίγες οι περιπτώσεις κατά τις οποίες τα καταθλιπτικά συμπτώματα συχνά υποτιμούνται με αποτέλεσμα να μην επιτυγχάνεται εγκαίρως η αναγνώρισή τους. Ας αναφερθεί ότι όσο πιο νωρίς γίνεται η διάγνωση τόσο πιο αποτελεσματική μπορεί να είναι η παρέμβαση και η θεραπεία. Εκτός αυτού του προβλήματος, ένα ακόμα είναι η υποθεραπεία. Πιο συγκεκριμένα, αν και υπάρχουν πλέον στο εμπόριο πάρα πολλά φαρμακευτικά σκευάσματα, πολλές φορές η θεραπεία δεν είναι επαρκής. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα όχι την ελάχιστη βελτίωση της κατάστασης του ασθενούς αλλά αντίθετα την επιδείνωση της κατάστασης. Τέλος, ας αναφερθεί ότι η ανάγκη για διάγνωση και θεραπεία είναι τόσο μεγάλη καθώς η κατάθλιψη έχει τόσο μεγάλη δύναμη που μπορεί να οδηγήσει ακόμα και στο θάνατο ή στην αυτοκτονία (Marcus et al., 2012).

Η κατάθλιψη αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας της εποχής μας. Επηρεάζει βαθιά τα άτομα και τις οικογένειές τους και έχει τεράστιες επιπτώσεις στην κοινωνία. Σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο

Ψυχικών Διαταραχών (DSM-5), τα βασικά συμπτώματα της κατάθλιψης περιλαμβάνουν καταθλιπτική διάθεση και απώλεια ενδιαφέροντος, με ελάχιστη διάρκεια δύο εβδομάδων (American Psychiatric Association, 2013). Επιπλέον, πρέπει να υπάρχουν τουλάχιστον πέντε άλλα συμπτώματα προκειμένου να πληρούνται τα διαγνωστικά κριτήρια για μια καταθλιπτική διαταραχή, όπως αύξηση ή μείωση της όρεξης. αϋπνία ή υπερυπνία. ψυχοκινητική διέγερση ή καθυστέρηση. κόπωση ή απώλεια ενέργειας · αίσθημα άνευ αξίας ή ενοχής. μειωμένη ικανότητα συγκέντρωσης ή αναποφασιστικότητας. ή επαναλαμβανόμενες σκέψεις για το θάνατο. Επιπλέον, τα συμπτώματα προκαλούν σημαντική αγωνία ή βλάβη για το άτομο και δεν μπορούν να εξηγηθούν από τη χρήση ουσιών, τις ιατρικές συνθήκες ή το πένθος (Φώσκολος, 2011).

Ο επιπολασμός της κατάθλιψης είναι τόσο μεγάλος με αποτέλεσμα να αποτελεί την ψυχιατρική αυτή διαταραχή που παρουσιάζει την υψηλότερη συχνότητα στην εποχή μας και δεν κάνει διακρίσεις. Η κατάθλιψη πλήττει άτομα κάθε ηλικίας και φύλου, ενώ χαρακτηριστικό είναι πως πολλές φορές δεν σχετίζεται σημαντικά με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά. Αποτελεί μια σύγχρονη μάστιγα. Πολλοί μάλιστα την χαρακτηρίζουν ως μάστιγα του 21^{ου} αιώνα για τον σημερινό κόσμο της δύσης. Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης είναι σημαντικές, τόσο στο σωματικό όσο και στο πνευματικό τομέα. Το άτομο επηρεάζεται πάρα πολύ. Χαρακτηριστικό είναι πως η καθημερινότητά του διαταράσσεται ενώ η ποιότητα ζωής του υποβαθμίζεται αυτομάτως. Σίγουρα, πρόκειται για ένα πρόβλημα πολυδιάστατο (Jenkins et al., 2011).

Η κατάθλιψη είναι κάτι περισσότερο από το να αισθάνεται κανείς λυπημένος ή κακοδιάθετος. Αποτελεί ένα σοβαρό πρόβλημα υγείας που μπορεί να επηρεάσει ανθρώπους όλων των ηλικιών, πλήττοντας την ισορροπία τους, την όρεξή τους αλλά και τον τρόπο σκέψης. Αυτές οι περιγραφές υποδεικνύουν ότι η κατάθλιψη είναι κάτι περισσότερο από το να είσαι λυπημένος. Είναι ένα ζήτημα ψυχικής υγείας που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη. Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (2012), η κατάθλιψη αποτελεί μια κατάσταση κατά την οποία το άτομο βιώνει μια σειρά από επεισόδια τα οποία διακατέχονται από καταθλιπτική διάθεση. Όλη αυτή η κατάσταση μπορεί να μειώσει τόσο την ενέργεια και την

διάθεση όσο και την δύναμη για δραστηριότητα, αλλά και την επιθυμία για ζωή και νέες εμπειρίες. Το άτομο που πάσχει από αυτή την ασθένεια δεν μπορεί να συγκεντρωθεί εύκολα, ενώ είναι πολλές οι φορές που δεν δείχνει ενδιαφέρον για καταστάσεις και πράγματα. Παρατηρούνται σημαντικές διαταραχές στον ύπνο του και η όρεξη για φαγητό περιστέλλεται όλο και περισσότερο. Εκτός αυτών, τα επίπεδα αυτοεκτίμησης μειώνονται αρκετά, ενώ τα ψυχολογικά ξεσπάσματα δεν λείπουν.

Σε γενικές γραμμές αποτελεί μια επίμονη εμπειρία, μια θλιβερή ή ευερέθιστη διάθεση, καθώς και η απώλεια της ικανότητας να βιώσει κάποιο άτομο την ευχαρίστηση σε όλες σχεδόν τις δραστηριότητες. Περιλαμβάνει επίσης μια σειρά από άλλα συμπτώματα, όπως αλλαγή στην όρεξη, διαταραχή ύπνου, αυξημένο ή μειωμένο επίπεδο δραστηριότητας, διαταραχή της προσοχής και της συγκέντρωσης και σημαντικά μειωμένα αισθήματα αυτοεκτίμησης (Ralph & Cash 2002).

Η διάγνωση απαιτείται να είναι έγκαιρη αλλά και ταυτόχρονα έγκυρη. Η έγκαιρη διάγνωση σε συνδυασμό με την πρώιμη και ορθή θεραπευτική παρέμβαση αποτελούν τις δυο βασικές προϋποθέσεις με σκοπό να αντιμετωπισθούν οι διαταραχές διάθεσης και να μειωθούν οι δυσμενείς επιπτώσεις που προκαλούνται από αυτές. Η καλύτερη και ορθότερη κατανόηση των αιτιογενών παραγόντων των διαταραχών διάθεσης θα έχει ως αποτέλεσμα την ανακάλυψη αλλά και εισαγωγή των παραγόντων εκείνων που επιδρούν στη διαδικασία θεραπευτικής παρέμβασης, που σήμερα αποτελεί τη σημαντικότερη θεραπευτική εξέλιξη.

2. Ιστορική Αναδρομή

Η κατάθλιψη δεν είναι μια καινούρια ασθένεια. Αντιθέτως έχει τεράστια ιστορία σε βάθος χρόνου. Ξεκινώντας από τους πρώιμους αιώνες της αρχαιότητας, οι φιλόσοφοι, οι θεραπευτές αλλά και οι συγγραφείς παρουσιάζουν συχνά την κατάθλιψη στα έργα τους, τονίζοντας μάλιστα ότι

πρόκειται για μια ισόβια στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Αρχικά η κατάθλιψη ήταν γνωστή με τον όρο μελαγχολία και αναφέρεται για πρώτη φορά σε κείμενα της αρχαίας Μεσοποταμίας κατά την δεύτερη χιλιετία π.Χ. Την εποχή εκείνη, όλες οι ψυχικές ασθένειες αποδίδονταν σε δαιμονική κατοχή, και οι πάσχοντες παρακολουθούνταν από ιερείς. Εν αντιθέσει, μια ξεχωριστή κατηγορία γιατρών αντιμετώπιζε τότε τις σωματικές βλάβες (αλλά όχι παθήσεις όπως η κατάθλιψη). Η πρώτη ιστορική κατανόηση της κατάθλιψης ήταν επομένως, ότι αυτή ήταν πνευματική (ή διανοητική) ασθένεια και όχι φυσική/σωματική (Gelder, Gath, Mayou, & Cowen, 1998).

Οι αρχαίοι Έλληνες και Ρωμαίοι είχαν διχαστεί σχετικά με τα αίτια της μελαγχολίας. Η λογοτεχνία της εποχής ήταν γεμάτη από αναφορές για την ψυχική ασθένεια που προκαλείται από πνεύματα ή δαίμονες. Κατά τον 5ο αιώνα π.Χ., ο Έλληνας ιστορικός Ηρόδοτος έγραψε για έναν βασιλιά που οδηγήθηκε στην τρέλα από τα κακά πνεύματα. Οι πρώτοι Βαβυλωνιακοί, Κινέζικοι, και Αιγυπτιακοί πολιτισμοί, αντιμετώπιζαν επίσης την ψυχική ασθένεια ως μια μορφή δαιμονικής κατοχής και χρησιμοποιούσαν τεχνικές εξορκισμού (όπως ξυλοδαρμούς, αυτοσυγκράτηση και πείνα), οι οποίες είχαν σχεδιαστεί για να διώχνουν τους δαίμονες έξω από το σώμα των πληγεισών προσώπων, ως θεραπείες. Σε αντίθεση με αυτούς, οι πρώτοι Ρωμαίοι και Έλληνες γιατροί πίστευαν ότι η κατάθλιψη ήταν μια βιολογική και ψυχολογική ασθένεια. Η γυμναστική, το μασάζ, η ειδική διατροφή, η μουσική, τα λουτρά, καθώς και ένα αφέψημα από εκχύλισμα παπαρούνας και γάλα της γαϊδούρας χρησιμοποιήθηκαν για να ανακουφίσουν τα συμπτώματα της κατάθλιψης (Hotopf et al., 2002).

Ο Ιπποκράτης, ο μεγάλος αυτός Έλληνας γιατρός, υποστήριξε ότι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και οι ψυχικές ασθένειες σχετίζονταν με ισορροπημένα ή μη ισορροπημένα υγρά του σώματος, τα οποία ονόμασε χυμούς. Υπήρχαν τέσσερις από αυτούς τους χυμούς: η κίτρινη χολή, η μέλαινα χολή, το φλέγμα και το αίμα. Ο Ιπποκράτης ταξινόμησε τις ψυχικές ασθένειες σε κατηγορίες που περιλάμβαναν τη μανία, τη μελαγχολία (κατάθλιψη) και τη φρενίτιδα (εγκεφαλικός πυρετός). Ο ίδιος πίστευε ότι η

μελαγχολία προκαλείται από την υπερβολικά μαύρη χολή στον σπλήνα. Συνήθιζε να εφαρμόζει την αιματοχυσία (μια δήθεν θεραπευτική τεχνική κατά την οποία αφαιρούνταν αίμα από το σώμα), την κολύμβηση, τη γυμναστική και τη δίαιτα για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Σε αντίθεση με την άποψη του Ιπποκράτη, ο διάσημος ρωμαίος φιλόσοφος και πολιτικός Κικέρων υποστήριξε ότι η μελαγχολία προκαλούνταν από βίαιη οργή, φόβο και θλίψη, μια διανοητική εξήγηση και όχι φυσική (Brown & Harris, 1978).

Κατά τα τελευταία χρόνια πριν από τον ερχομό του Χριστού, η επιρροή του Ιπποκράτη ξεθώριασε και η άποψη που κυριαρχούσε μεταξύ των μορφωμένων Ρωμαίων ήταν ότι οι ψυχικές ασθένειες, όπως η κατάθλιψη, προκαλούνταν από δαίμονες και από την οργή των θεών. Για παράδειγμα, ο Κορνήλιος Κέλσος (25 π.Χ.- 50 μ.Χ. συνέστησε την πείνα, τα δεσμά (σίδερα στα πόδια) και τον ξυλοδαρμό ως «θεραπείες». Σε αντίθεση, οι Πέρσες γιατροί όπως ο Ραζής (865-925), ο επικεφαλής γιατρός στο νοσοκομείο της Βαγδάτης, εξακολούθησε να βλέπει τον εγκέφαλο ως έδρα της ψυχικής ασθένειας και της μελαγχολίας. Οι θεραπείες για την ψυχική ασθένεια συχνά εμπλέκονταν με υδροθεραπείες (λουτρά) και πρώιμες μορφές της συμπεριφοριστικής θεραπείας (θετικές ανταμοιβές για την κατάλληλη συμπεριφορά) (O'Grady et al., 2010).

Το 1621, ο Robert Burton δημοσίευσε τη μελέτη του με τίτλο "Η Ανατομία της Μελαγχολίας" στην οποία περιέγραψε τα ψυχολογικά και κοινωνικά αίτια (όπως η φτώχεια, ο φόβος και η μοναξιά) της κατάθλιψης. Σε αυτή την εγκυκλοπαιδική εργασία ο Burton συνιστά διατροφή, άσκηση, αντιπερισπασμό, ταξίδια, καθαρτικά (μέσα καθαρισμού που καθαρίζουν τον οργανισμό από τις τοξίνες), αιματοχυσία, βότανα, γάμο, ακόμα και μουσικοθεραπεία ως θεραπείες για την κατάθλιψη (Hidaka, 2012).

Κατά την έναρξη της Εποχής του Διαφωτισμού (κατά τον 18ο και στις αρχές του 19ου αιώνα), θεωρήθηκε ότι η κατάθλιψη ήταν μια κληρονομική, αμετάβλητη αδυναμία της ιδιοσυγκρασίας, στάση/άποψη η οποία οδήγησε

στην κοινή σκέψη ότι οι άνθρωποι που έπασχαν από αυτή θα έπρεπε να αποφεύγονται ή να κλειδώνονται. Ως αποτέλεσμα, οι περισσότεροι άνθρωποι με ψυχικές ασθένειες κατέληγαν άστεγοι και φτωχοί και ορισμένοι από αυτούς βρέθηκαν έγκλειστοι σε ιδρύματα (Goldman, 2000).

Μια ποικιλία από πολύπλοκες εξηγήσεις για την κατάθλιψη τέθηκαν σε λειτουργία κατά τη διάρκεια του τελευταίου μέρους της εποχής του Διαφωτισμού. Μερικοί γιατροί και συγγραφείς υποστήριξαν ότι η επιθετικότητα ήταν η πραγματική ρίζα/αιτία της κατάθλιψης. Έτσι συνέστησαν άσκηση, μουσική, φαρμακευτική αγωγή και διατροφή και τόνισαν τη σημασία του να συζητά κανείς τα προβλήματα του με έναν στενό φίλο ή γιατρό. Άλλοι θεώρησαν ότι η κατάθλιψη προκαλείται από μια εσωτερική σύγκρουση μεταξύ των μη παραδεκτών παρορμήσεων και της συνείδησης ενός ατόμου. Ωστόσο, η πρόοδος και εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης ώθησε πολλούς επιστήμονες να αναζητήσουν τις βιολογικές (φυσικές) αιτίες της κατάθλιψης (Burton, 2011).

Η κατάθλιψη για πρώτη φορά διακρίθηκε (ξεχωρίστηκε) από την σχιζοφρένεια το 1895 από τον γερμανό ψυχίατρο Emil Kraepelin. Κατά τη διάρκεια της ίδιας περιόδου, εφευρέθηκε η ψυχοδυναμική θεωρία και η ψυχανάλυση (ψυχοθεραπεία που βασίζεται στην ψυχοδυναμική θεωρία) έγινε όλο και πιο δημοφιλής ως θεραπεία για την κατάθλιψη. Σε ένα δοκίμιο του το 1917, ο Sigmund Freud όρισε την μελαγχολία ως αντίδραση στην απώλεια: είτε την πραγματική απώλεια (όπως ο θάνατος ενός συζύγου), είτε την συμβολική απώλεια (όπως η αποτυχία να επιτευχθεί ένας σημαντικός στόχος). Ο Freud πίστευε ότι ο ασυνείδητος θυμός ενός ατόμου εξαιτίας της απώλειας αποδυναμώνει το εγώ, με αποτέλεσμα το μίσος του ατόμου για τον εαυτό του και την αυτοκαταστροφική συμπεριφορά. Ο Freud πρότεινε την ψυχανάλυση για την επίλυση των ασυνείδητων συγκρούσεων και την μείωση της ανάγκης για αυτο-καταχρηστικές σκέψεις και συμπεριφορές. Άλλοι γιατροί, κατά τη διάρκεια αυτής της περιόδου, θεωρούσαν τη κατάθλιψη ως μια σωματική ασθένεια και διαταραχή του εγκεφάλου (Mondimore, 2006).

Οι θεραπείες, κατά τα τέλη του 19ου και τις αρχές του 20ου αιώνα, ήταν συνήθως ανεπαρκείς για τα άτομα με σοβαρή κατάθλιψη. Ως αποτέλεσμα, πολλοί ήταν οι άνθρωποι που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με λοβοτομή (χειρουργική καταστροφή του μετωπιαίου τμήματος του εγκεφάλου ενός ατόμου, που είχε γίνει δημοφιλής ως «κατευναστική» θεραπεία). Οι λοβοτομές ήταν συχνά ανεπιτυχείς, καθώς προκαλούσαν αλλαγές στην προσωπικότητα, ανικανότητα του ατόμου να πάρει αποφάσεις για τον εαυτό του, κακή κρίση, ή ακόμη χειρότερα, κώμα και μερικές φορές θάνατο. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ήταν μια δημοφιλής θεραπεία που απευθύνονταν σε σχιζοφρενείς, αλλά αυτή η θεραπεία χρησιμοποιήθηκε επίσης και για τους καταθλιπτικούς ανθρώπους (Ancibure, Ancibure, & Sauret, 2010).

Αντίθετα, η «νευρωτική» ή «αντιδραστική» κατάθλιψη προκαλείται από κάποια σημαντική αλλαγή στο περιβάλλον, όπως ο θάνατος ενός συζύγου ή άλλη σημαντική απώλεια, όπως η απώλεια της θέσης εργασίας. Τα άτομα με αντιδραστική κατάθλιψη θεωρούνταν ότι αισθάνονται απομονωμένα και εγκαταλελειμμένα, και ότι η αιτία των προβλημάτων τους ήταν/προκαλούνταν έξω από τον εαυτό τους. Οι άνθρωποι με αντιδραστική κατάθλιψη θεωρούνταν ότι ανέπτυσσαν σωματικά (φυσικά) συμπτώματα και προέβαιναν σε απόπειρες αυτοκτονίας ως μέσο κινητοποίησης και υποστήριξης από τους ανθρώπους γύρω τους (Burton, 2011).

Η δεκαετία του 1950 θεωρήθηκε επίσης σημαντική για την αναζήτηση των οργανικών αιτιών και των θεραπειών της ψυχικής ασθένειας. Το 1952, οι γιατροί παρατήρησαν ότι ένα φάρμακο της φυματίωσης (η ισονιαζίδη) ήταν επίσης χρήσιμη στη θεραπεία των ατόμων με κατάθλιψη. Λίγο μετά από αυτό το σημαντικό εύρημα, η πρακτική της χρήσης φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία των ψυχικών ασθενειών απέκτησε μεγάλη αποδοχή και απήχηση. Έτσι πολλοί επιστήμονες από τον κλάδο της ψυχιατρικής άρχισαν να δίνουν

έμφαση στη χρήση των φαρμάκων, χρησιμοποιώντας την φαρμακευτική αγωγή ως πρωτογενή θεραπεία για τις ψυχικές ασθένειες. Κατά την ίδια περίοδο, οι εξελικτικές θεωρίες της ψυχολογίας προστέθηκαν στις προσεγγίσεις της ψυχοθεραπείας. Ο συμπεριφορισμός και η γνωσιακή-συμπεριφοριστική σχολή σκέψης, καθώς και οι ανθρωπιστικές θεραπείες εντάχθηκαν στην ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία, ως δημοφιλείς επιλογές θεραπείας (Association, 2000).

Επί του παρόντος, αντί να υιοθετήσουν είτε την πνευματική είτε τη σωματική/φυσική εξήγηση της κατάθλιψης, οι επιστήμονες και οι επαγγελματίες της ψυχικής υγείας αναγνωρίζουν ότι τα καταθλιπτικά συμπτώματα έχουν πολλαπλές αιτίες. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με τη σύγχρονη άποψη, η κατάθλιψη μπορεί να προκληθεί τόσο από ψυχικά όσο και από σωματικά αίτια ταυτόχρονα. Δεν είναι δηλαδή πλέον απαραίτητο να επιλέξει κανείς μια ενιαία αιτία, καθώς δεν υπάρχει ενιαία αιτία, η οποία είναι αρκετή για να εξηγήσει και να λογοδοτήσει για όλες τις μορφές κατάθλιψης. Επειδή έχει γίνει αποδεκτή η άποψη, ότι η κατάθλιψη έχει συχνά πολλαπλές αιτίες, συμπεριλαμβανομένων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών αιτιών, υφίστανται πλέον αρκετά επαγγέλματα και θεραπευτικές προσεγγίσεις οι οποίες εμπλέκονται με την έννοια της κατάθλιψης, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην βοήθεια και στην υποστήριξη των ανθρώπων που πάσχουν από αυτήν να την ξεπεράσουν (Ancibure, Ancibure, & Sauret, 2010).

3. Επιδημιολογία

Η κατάθλιψη είναι ένα κοινό πρόβλημα. Σε γενικές γραμμές ορίζεται ότι περιλαμβάνει τόσο καθαρή κατάθλιψη όσο και μεικτή αναταραχή άγχους, επηρεάζει περίπου το 5-10% των εφήβων και το 10-15% των ενηλίκων. Μπορεί να προκληθεί από πολλούς διαφορετικούς προσωπικούς, κοινωνικούς και οικονομικούς παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των σοβαρών

μακροοικονομικών διαταραχών. Σε ολόκληρο τον κόσμο επιβάλλει σημαντικό οικονομικό βάρος, όχι μόνο στα άτομα με τη διαταραχή, αλλά και στις οικογένειές τους, τις κοινότητες, τους εργοδότες, τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης και τους προϋπολογισμούς της γενικής κυβέρνησης. Σε μια εποχή οικονομικής κρίσης σε ολόκληρο τον πλανήτη, είναι επομένως ένα ζήτημα που οι κοινωνίες αγνοούν για τον κίνδυνο τους: η έλλειψη προσοχής στην πρόληψη και τη θεραπεία της κατάθλιψης στον πληθυσμό και η επακόλουθη απώλεια της ικανότητας του εργατικού δυναμικού, μπορεί εξυπηρετούν μόνο για να καταστήσουν πιο δύσκολο για τις χώρες να βγουν από την οικονομική λιτότητα (Anderson et al., 2011).

Στην Ευρώπη το 5% περίπου παρουσιάζει κλινική κατάθλιψη. Μάλιστα, οι ερευνητές εικάζουν ότι σε κάποια μελλοντική στιγμή το 17% των Ευρωπαίων θα βιώσει κατάθλιψη σε σημαντικά επικίνδυνο βαθμό. Το 25% των περιπτώσεων έχει διάρκεια μικρότερη του ενός μήνα ενώ ένα ποσοστό της τάξεως του 50% βιώνει την κατάσταση αυτή για ένα διάστημα που δεν υπερβαίνει τους τρεις μήνες. Σε ένα ποσοστό μεταξύ 25% με 30% τα καταθλιπτικά επεισόδια παραμένουν για περίπου ένα χρόνο μετά την εμφάνισή της, την ώρα που ένα αντίστοιχο ποσοστό βιώνει κατάθλιψη για πάνω από 2 έτη. Πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση κάθε τέτοιου περιστατικού είναι οι νέοι ηλικίας 24-29 ετών, με το θηλυκό φύλο να παρουσιάζει πολύ περισσότερες πιθανότητες. Πιο συγκεκριμένα είναι δυο φορές πιο πιθανό για τις γυναίκες να εμφανίσουν κατάθλιψη σε σχέση με το αντίθετο φύλο. Μιλώντας με ποσοστά, στην πρώτη περίπτωση των γυναικών ο επιπολασμός αγγίζει το 26% ενώ στην περίπτωση των ανδρών τα ποσοστά υπολογίζονται στο 12%. (Celano & Huffman, 2011).

Από την άλλη πλευρά, σημαντικότερα ποσοστά του γενικού πληθυσμού υποφέρουν από υψηλή συχνότητα πολύμορφων καταθλιπτικών συμπτωμάτων, που αν και δεν συνιστούν συγκεκριμένες κλινικές διαγνωστικές οντότητες, προκαλούν περιστασιακά έκπτωση της λειτουργικότητας των ατόμων που υποφέρουν από αυτά τα συμπτώματα. Η επιδημιολογία των συναισθηματικών διαταραχών ακολουθεί τη μεθοδολογία της ψυχιατρικής επιδημιολογίας, δηλαδή η διερεύνηση της γίνεται στο επίπεδο της χρήσης ενδο- και εξωνοσοκομειακών ψυχιατρικών δομών και στο επίπεδο της κοινότητας του γενικού πληθυσμού. Οι

δυσκολίες στη μελέτη των διαστάσεων των συναισθηματικών διαταραχών και των επιμέρους κλινικών οντοτήτων προέρχονται από αυτή την ίδια τη φύση αυτών των τύπων που πολλές φορές διαφεύγουν την ακριβή διάγνωση ή υποδύονται σωματικές αρρώστιες. Παρόλα αυτά την τελευταία εικοσαετία έχει συσσωρευτεί ένας σημαντικός όγκος πληροφοριών για τις επιδημιολογικές διαστάσεις της κατάθλιψης και τους παράγοντες που τις επηρεάζουν (Araujo et al., 2012).

Όπως έχει αναφερθεί και σε άλλα σημεία της παρούσας εργασίας, η κατάθλιψη είναι πολύ πιο συχνή στο γυναικείο φύλο. Πιο συγκεκριμένα είναι δύο φορές συχνότερη συγκριτικά με την περίπτωση των ανδρών. Πολλοί ερευνητές μάλιστα συμφωνούν ότι κατά τη διάρκεια της ζωής τους, το 20% των γυναικών και το 12% των ανδρών θα παρουσιάσει κάποιο καταθλιπτικό επεισόδιο, την ώρα που το 10% των γυναικών και μόλις το 5,8% των ανδρών θα νοσήσει μέσα σ' ένα έτος. Αιτία της κατάστασης αυτής δεν είναι μονάχα οι βιολογικές διαφορές που διέπουν τα δύο φύλα αλλά και διάφοροι περιβαλλοντικοί – ψυχολογικοί παράγοντες. Χαρακτηριστικό είναι ότι οι γυναίκες εξαιτίας των ορμονών τους, κυρίως εκείνων που επηρεάζονται σημαντικά εξαιτίας της εγκυμοσύνης, παρουσιάζουν πολύ περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν μια τέτοια κατάσταση (Marcus et al., 2012).

Παρατηρείται 1-3% περίπου του πληθυσμού. Είναι μια πάθηση που σπάνια εμφανίζεται πριν από την έναρξη της ήβης και συνήθως παρατηρείται στο ηλικιακό φάσμα μεταξύ 25-35 ετών ή και αργότερα αλλά η διαταραχές αυτές παρουσιάζονται όλο και συχνότερα σε παιδιά και εφήβους (Kessler et al, 2005) και εμφανίζονται παγκοσμίως. Σύμφωνα με την WHD, η διπολική διαταραχή τοποθετείται στην 14η θέση στις αιτίες πρόκλησης φορτίου στις χώρες με υψηλό εισόδημα και στην 19η θέση στις χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες. Πιο αναλυτικά στις αναπτυγμένες χώρες φαίνεται πως υπάρχουν 9 με 15 νέες περιπτώσεις ανά 100.000 ατόμων ανά έτος. Παρόλο που τα ποσοστά επικράτησης δεν διαφέρουν μεταξύ ανδρών και γυναικών ίσως η διπολική διαταραχή είναι ελαφρώς συχνότερη στις γυναίκες από ότι στους άνδρες, υπάρχουν όμως και μελέτες που αναφέρουν ότι η κατανομή μεταξύ ανδρών και γυναικών είναι περίπου ίδια (Kring et al, 2010).

Τουλάχιστον 250.000 Αυστραλοί (περίπου 1,5%) υποφέρουν από κάποια σοβαρή ψυχική ασθένεια. Οι περισσότεροι άνθρωποι επηρεάζονται πρώτα από ψυχικές ασθένειες στα τέλη της εφηβείας και στις αρχές της δεκαετίας των 20. Το είκοσι τοις εκατό των Αυστραλών θα βιώσει μια ψυχική ασθένεια κάποια στιγμή στη ζωή τους. Παρόμοια με τις φυσικές ασθένειες, οι ψυχικές ασθένειες είναι πολλές και ποικίλες. Οι πιο κοινές ψυχικές ασθένειες είναι οι διαταραχές άγχους, οι οποίες επηρεάζουν περίπου το δεκατέσσερις τοις εκατό όλων των ενήλικων Αυστραλών, οι γυναίκες περισσότερο από τους άνδρες. Έως δέκα τοις εκατό των ενήλικων έχουν μια καταθλιπτική διαταραχή, ενώ περίπου το ένα τοις εκατό της αυστραλιανής κοινότητας πάσχει από σχιζοφρένεια και ένα τοις εκατό, από διπολική διαταραχή.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας τονίζει ότι η κατάθλιψη αποτελεί πλέον αναπηρία παγκοσμίου εμβέλειας και πλήττει πάνω από 300.000.000 ανθρώπους. Υποστηρίζει επίσης ότι από χώρα σε χώρα διαφέρουν επίσης τα ποσοστά επιπολασμού. Για παράδειγμα στη Ρουμανία το ποσοστό δεν ξεπερνά το 1,5% την ώρα που στην Ιρλανδία τα ποσοστά κατάθλιψης αγγίζουν το 12%. (World Health Organization, 2017)

Εκτιμάται ότι περίπου το 16% των ενήλικων στις Ηνωμένες Πολιτείες θα παρουσιάσουν τουλάχιστον ένα μεγάλο καταθλιπτικό επεισόδιο στη ζωή τους. Σε κάθε δεδομένο έτος, το 6,7% των ενήλικων στις Ηνωμένες Πολιτείες αντιμετωπίζει ένα μεγάλο καταθλιπτικό επεισόδιο και μόνο το 56,8% αυτών των ατόμων λαμβάνει κάποιο είδος θεραπείας για την κατάθλιψή τους. Σχετικά με τις γυναίκες αποδείχθηκε ότι το 70% είχε περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσει κατάθλιψη στη ζωή τους από ό, τι οι άνδρες. Αναφέρεται επίσης ότι οι Αφρικανοί Αμερικανοί είναι κατά 40% λιγότερο πιθανό από τους Καυκάσιους να βιώσουν κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της ζωής τους (National Institute of Mental Health, 2012).

4. Συμπτώματα

Τα συμπτώματα του άγχους και της κατάθλιψης αναφέρονται συνήθως ως εσωτερικοποιητικά προβλήματα ή συναισθηματικά προβλήματα στην παιδική ηλικία. Το άγχος και η κατάθλιψη από την προοπτική των συμπτωμάτων αξιολογούνται και ορίζονται σύμφωνα με τη διαστασιακή προσέγγιση. Σύμφωνα με αυτή την προσέγγιση, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην υποκειμενική εμπειρία που σχετίζεται με την συγκεκριμένη ψυχολογική κατάσταση. Δεν υπάρχουν διακριτές διαταραχές όπως παρουσιάζονται στην κατηγορηματική προσέγγιση. Αντίθετα, τα προβλήματα ψυχικής υγείας αντικατοπτρίζονται από διαφορετικά συμπτώματα που μπορούν να μοιραστούν σε διαφορετικές συναισθηματικές καταστάσεις (Fox, 2008).

Διαφορετικά συμπτώματα λοιπόν σχετίζονται με συγκεκριμένες διαταραχές άγχους. Οι συχνότερες διαταραχές άγχους σε παιδιά και εφήβους είναι το άγχος του χωρισμού, η γενικευμένη διαταραχή άγχους (GAD) και το κοινωνικό άγχος. Το GAD χαρακτηρίζεται από ανεξέλεγκτη ανησυχία που αντικατοπτρίζει συμπτώματα όπως διαταραχή του ύπνου, δυσκολίες συγκέντρωσης, ανησυχία, κόπωση, ένταση και ευερεθιστότητα των μυών. Τα συμπτώματα που συνδέονται με το κοινωνικό άγχος είναι ο φόβος των κοινωνικών καταστάσεων που θέτουν το άτομο σε κίνδυνο να εκτιμηθεί αρνητικά από άλλους. Τα κοινά συμπτώματα των καταθλιπτικών διαταραχών είναι η θλίψη, η αίσθηση κενού, η απελπισία, η απώλεια συμφερόντων, οι αλλαγές στην όρεξη, οι προβλήματα στον ύπνο, η κόπωση, η χρόνια αίσθηση ενοχής και αστάθειας, η δυσκολία συγκέντρωσης και οι σκέψεις αυτοκτονίας. Τα αυτοαναφερόμενα μέτρα αρχικά βασίζονται σε συμπτώματα που εκπροσωπούνται από ταξινομίες βάσει της κατηγορηματικής προσέγγισης. Επειδή οι διαφορετικές ψυχολογικές διαταραχές συνίστανται σε μια σειρά συμπτωμάτων, υπάρχουν σημαντικές μεμονωμένες διαφορές ως προς τα συμπτώματα που παρουσιάζονται και το επίπεδο σοβαρότητάς τους. Τα συμπτώματα μπορεί επιπλέον να ποικίλουν μέσα στο άτομο από τη μία ημέρα στην άλλη. Έτσι, η προσέγγιση διαστάσεων είναι ένα πολύτιμο εργαλείο κατά την

αξιολόγηση της χρονικής σχέσης μεταξύ άγχους και κατάθλιψης από επίπεδο συμπτωμάτων. (American Psychiatric Association, 2013).

Κάθε άτομο που υποφέρει από κατάθλιψη έρχεται αντιμέτωπο με μια σειρά προβλημάτων συναισθηματικών, σωματικών αλλά και γνωστικών. Κοινό χαρακτηριστικό σε κάθε περίπτωση είναι η αδυναμία και η κακή διάθεση, καθώς και το γεγονός ότι τίποτα δεν τους προσφέρει πλέον κίνητρα και ευχαρίστηση. Τα συναισθήματα απαισιοδοξίας είναι έκδηλα. Προτιμούν τη μοναξιά και έχουν έλλειψη ενέργειας. Αυτό τους προκαλεί την ανάγκη για αρκετές ώρες ύπνου αλλά και βραδύτητα στις κινήσεις και την ομιλία τους. Η συνολική κατάσταση επηρεάζει επίσης τη σκέψη τους και δημιουργεί εμπόδια στην λήψη αποφάσεων. Σε αυτό φταίει η αντίληψή τους ότι δεν έχουν το έλεγχο και δεν είναι σε θέση να ανατρέψουν την κατάσταση. Αισθάνονται ότι το μυαλό τους είναι μπερδεμένο και η ότι η σκέψη τους δεν τους βοηθά να επεξεργαστούν τις πληροφορίες. Μάλιστα, μερικοί από αυτούς οδηγούνται και σε αυτοκτονικές απόπειρες ή εκφράζουν κάποια σχετική σκέψη (Aczon – Armstrong et al., 2013).

Τα συμπτώματα κατάθλιψης στους ενήλικες περιλαμβάνουν:

1. Αίσθημα θλίψης ή δυστυχίας
2. Ευερεθιστότητα ή απογοήτευση, ακόμη και σε μικρά θέματα
3. Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης στις συνήθεις δραστηριότητες
4. Μειωμένη σεξουαλική ορμή
5. Αϋπνία ή υπερβολικός ύπνος
6. Αλλαγές στην όρεξη (Η κατάθλιψη συχνά προκαλεί μειωμένη όρεξη και απώλεια βάρους, αλλά σε μερικούς ανθρώπους προκαλεί αυξημένους πόθους για φαγητό και αύξηση του σωματικού βάρους)
7. Αναταραχή ή ανησυχίες
8. Ευερεθιστότητα ή θυμό και ξεσπάσματα
9. Αναποφασιστικότητα, και μειωμένη συγκέντρωση

10. Κόπωση και απώλεια ενέργειας (ακόμη και μικρές εργασίες μπορεί να φαίνεται ότι απαιτούν πολλή προσπάθεια)
11. Συναισθήματα ενοχής που σταθεροποιούν τις παρελθούσες αποτυχίες ή κατηγορούν τον εαυτό τους όταν τα πράγματα δεν πάνε σωστά
12. Δυσκολία στην σκέψη, την λήψη αποφάσεων και την μνήμη
13. Συχνές σκέψεις για θάνατο ή αυτοκτονία
14. Ανεξήγητα σωματικά προβλήματα, όπως ο πόνος στην πλάτη ή οι πονοκέφαλοι (Carrellas et al., 2017).

Η κατάθλιψη επηρεάζει κάθε άτομο με διαφορετικούς τρόπους, έτσι τα συμπτώματα που προκαλούνται από την κατάθλιψη ποικίλλουν από άτομο σε άτομο. Τα κληρονομικά χαρακτηριστικά, η ηλικία, το φύλο και το πολιτισμικό υπόβαθρο παίζουν ρόλο στον τρόπο με τον οποίο μπορεί να επηρεάσει κάποιον η κατάθλιψη. Επίσης, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στα παιδιά και τους η εφήβους τα συμπτώματα κατάθλιψης μπορεί να περιλαμβάνουν αποτυχίες στις σχολικές επιδόσεις, απομάκρυνση από το κοινωνικό περιβάλλον, προβλήματα συμπεριφοράς και διάφορες άλλες ψυχικές παθήσεις, όπως η αγχώδης διαταραχή ή η διαταραχή έλλειψης προσοχής / υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (Cortina et al., 2012).

5. Τα είδη της Κατάθλιψης

Διπολική Διαταραχή

Η διπολική διαταραχή είναι μια σοβαρή εγκεφαλική ασθένεια. Ονομάζεται επίσης μανιοκαταθλιπτική ασθένεια ή μανιακή κατάθλιψη. Τα άτομα με διπολική διαταραχή περνούν από ασυνήθιστες αλλαγές στη διάθεση. Μερικές φορές αισθάνονται πολύ χαρούμενοι και "επάνω," και είναι πολύ πιο ενεργητικοί και δραστήριοι από το συνηθισμένο. Αυτό ονομάζεται μανιακό επεισόδιο. Άλλες φορές οι άνθρωποι με διπολική διαταραχή αισθάνονται πολύ λυπημένοι και

«κάτω», έχουν χαμηλή ενέργεια και είναι πολύ λιγότερο ενεργοί. Αυτό ονομάζεται κατάθλιψη ή ένα καταθλιπτικό επεισόδιο. Η διπολική διαταραχή δεν είναι η ίδια με τη φυσιολογική εξέλιξη που ο καθένας περνάει. Οι μεταβολές της διάθεσης είναι πιο ακραίες από αυτές και συνοδεύονται από αλλαγές στον ύπνο, το επίπεδο ενέργειας και την ικανότητα να σκέφτονται καθαρά (Aas et al., 2016).

Τα διπολικά συμπτώματα είναι τόσο έντονα που μπορούν να βλάψουν τις σχέσεις και να δυσκολευτούν να πάνε στο σχολείο ή να κρατήσουν δουλειά. Μπορούν επίσης να είναι επικίνδυνα. Μερικοί άνθρωποι με διπολική διαταραχή προσπαθούν να βλάψουν τον εαυτό τους ή να προσπαθήσουν να αυτοκτονήσουν. Τα άτομα με διπολική διαταραχή μπορούν να λάβουν θεραπεία. Με τη βοήθεια, μπορούν να βελτιωθούν και να οδηγήσουν επιτυχημένες ζωές. Οποιοσδήποτε μπορεί να αναπτύξει διπολική διαταραχή. Συχνά ξεκινά από τα τέλη του εφήβου ή τα πρώτα ενήλικα χρόνια ενός ατόμου. Ωστόσο, τα παιδιά και οι ενήλικες μεγαλύτερης ηλικίας μπορούν επίσης να έχουν διπολική διαταραχή. Η ασθένεια διαρκεί συνήθως μια ζωή. Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω, οι άνθρωποι μπορεί να έχουν μανιακά επεισόδια, καταθλιπτικά επεισόδια ή μικτά επεισόδια (González-Pinto et al., 2012).

Ένα μικτό επεισόδιο έχει τόσο μανιακά όσο και καταθλιπτικά συμπτώματα. Αυτά τα επεισόδια διάθεσης προκαλούν συμπτώματα που διαρκούν μία ή δύο εβδομάδες ή μερικές φορές περισσότερο. Κατά τη διάρκεια ενός επεισοδίου, τα συμπτώματα διαρκούν κάθε μέρα για το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Τα συναισθήματα είναι δυνατά και συμβαίνουν μαζί με ακραίες αλλαγές στη συμπεριφορά και τα επίπεδα ενέργειας (Angst et al., 2012).

Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η “μεγάλη κατάθλιψη” επίσης γνωστή ως μονοπολική ή μείζων καταθλιπτική διαταραχή, χαρακτηρίζεται από επίμονη αίσθηση θλίψης ή έλλειψη ενδιαφέροντος για εξωτερικά ερεθίσματα. Το μονοπολικό δηλώνει τη διαφορά μεταξύ της μείζονος κατάθλιψης και της διπολικής κατάθλιψης, η οποία

αναφέρεται σε ταλαντούμενη κατάσταση μεταξύ κατάθλιψης και μανίας. Η περίπτωση αυτή συνιστά μια από τις πιο απαιτητικές μορφές κατάθλιψης που πλήττει κατά κύριο λόγο άτομα ηλικίας 20-40 ετών, και κυρίως τις γυναίκες. Στην πλειοψηφία των περιπτώσεων αποτελείται από ένα μόνο επεισόδιο. Ωστόσο υπάρχουν πιθανότητες να σημειώνεται υποτροπή, ανεξάρτητα της ηλικίας (Health Quality Ontario, 2017).

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή επηρεάζει εκατομμύρια άτομα και προκαλεί σημαντική ταλαιπωρία παγκοσμίως. Ο επιπολασμός της νόσου αυτής κατά τη διάρκεια της ζωής είναι περίπου 16,2%. Σε κάθε τέτοιο περιστατικό σημειώνεται καταθλιπτική διάθεση για τουλάχιστον δύο εβδομάδες, συν πρόσθετα συμπτώματα όπως υπερβολική ανησυχία, ενοχή, ιδεολογίες αυτοκτονίας, ψυχοκινητικές αλλαγές και αλλοιώσεις στον ύπνο, βάρος, όρεξη, και τις γνωστικές λειτουργίες (Kinser & Lyon, 2013). Μέχρι το 50% των καταθλιπτικών ατόμων παρουσιάζουν ανεπαρκή ανακούφιση των συμπτωμάτων από τις τυπικές φαρμακολογικές θεραπείες. Οι ασθενείς με μερική ή καθόλου ανταπόκριση στη θεραπεία παρουσιάζουν σημαντικές μειώσεις στην ποιότητα ζωής και τη λειτουργικότητα (Cohen et al., 2017).

Εκτός από την παρατεταμένη ψυχολογική δυσχέρεια, τα άτομα με σοβαρές ψυχικές ασθένειες, όπως η νόσος αυτή έχουν μικρότερο προσδόκιμο επιβίωσης και υψηλότερα ποσοστά άλλων χρόνιων παθήσεων, όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, μεταβολικές διαταραχές και χρόνιες παθήσεις σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Έτσι, εικάζεται ότι η μείζων καταθλιπτική διαταραχή σχετίζεται με την επιδείνωση της βιολογικής και λειτουργικής παρακμής που σχετίζεται με τη γήρανση (Kupfer et al., 2012).

Δυσθυμία

Η δυσθυμική διαταραχή είναι μια διαταραχή της διάθεσης που χαρακτηρίζεται από μεγάλη διάρκεια (τουλάχιστον δύο χρόνια στους ενήλικες) καθώς και

μεταβατικές περιόδους κανονικής διάθεσης. Η διαταραχή είναι αρκετά συνηθισμένη στον γενικό πληθυσμό των ΗΠΑ (3-6%), καθώς και στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (7%) και τις ψυχικές συνθήκες (έως το ένα τρίτο των ψυχιατρικών εξωτερικών ασθενών). Ενώ η αιτιολογία της δυσθυμίας παραμένει άγνωστη, φαίνεται να υπάρχει μια γενετική ευαισθησία, η οποία μπορεί να εκδηλωθεί παρουσία διαφόρων ψυχοκοινωνικών πιέσεων. Δεν έχει επιβεβαιωθεί καμία συνεπής ή διάχυτη βιολογική ανωμαλία μεταξύ των ασθενών με δυσθυμία. Αυτό μπορεί να σχετίζεται με κλινική και / ή αιτιολογική ετερογένεια, η οποία σχετίζεται με αυτή τη διαταραχή. Σίγουρα πρόκειται για μια πιο ήπια μορφή κατάθλιψης η οποία αποτελεί όμως προδιάθεση της διαταραχής που σχετίζεται με τη μείζων κατάθλιψη. Είναι μια διαταραχή διάθεσης του άξονα I που διακρίνεται από φαινομενικά χαμηλού βαθμού καταθλιπτικά συμπτώματα καθώς και από παρατεταμένη συμπτωματολογία (δηλαδή τουλάχιστον δύο χρόνια σε διάρκεια). Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή εμφανίζουν κατάθλιψη κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας, για περισσότερες ημέρες από ό, τι δεν, καθώς και τουλάχιστον δύο από τα ακόλουθα διαγνωστικά συμπτώματα: (1) κακή όρεξη ή υπερκατανάλωση (2) αϋπνία ή υπερυπνία, (3) χαμηλή ενέργεια ή κόπωση, (4) χαμηλή αυτοεκτίμηση (5) χαμηλή συγκέντρωση ή δυσκολία λήψης αποφάσεων και (6) αισθήματα απελπισίας. Τα άτομα που πάσχουν από το σύνδρομο αυτό ενδέχεται να παρουσιάσουν διαλείμματα φυσιολογικής διάθεσης, αλλά δεν μπορούν να υπερβούν τους δύο μήνες. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια των δύο πρώτων ετών μετά την έναρξη, δεν μπορεί να υπάρξουν διακρίσιμα επεισόδια μείζονος κατάθλιψης. Η θεραπεία μπορεί να περιλαμβάνει φαρμακοθεραπεία και ψυχοθεραπεία, αν και η συνολική πορεία θεραπείας χαρακτηρίζεται συχνά από παρατεταμένα συμπτώματα και υποτροπές (Sansone & Sansone, 2009).

Όσον αφορά τη φαρμακοθεραπεία, οι περισσότερες αν όχι όλες οι μελέτες επιβεβαιώνουν ένα βαθμό αποτελεσματικότητας στη θεραπεία της δυσθυμίας, συμπεριλαμβανομένων εκείνων με νεότερα αντικαταθλιπτικά όπως η ντουλοξετίνη. Ωστόσο, παρά στατιστικά σημαντικές βελτιώσεις στα συμπτώματα σε βραχυπρόθεσμες μελέτες, συνολική αποκρίσεις τείνουν να είναι μέτρια (Subodh et al., 2008).

Αυτό το εύρημα έχει οδηγήσει στη σύσταση επαρκών δοκιμών φαρμάκου-αξιολόγηση (δηλαδή, 3 μήνες) καθώς και ενδεχομένως υψηλότερες δόσεις των αντικαταθλιπτικών και τη χρήση στρατηγικών αύξησης. Εκτός από τη φαρμακοθεραπεία, η ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι χρήσιμη. Ωστόσο, ο Dunner (2005) προειδοποιεί ότι «η θεραπεία με ψυχοθεραπεία είναι δύσκολη.» Ένας αριθμός των ψυχοθεραπειών έχουν υποστηρίξει συμπεριλαμβανομένων των γνωστικών συμπεριφοράς συστήματος ανάλυσης της ψυχοθεραπείας (CBASP), διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT), γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία, ομαδική θεραπεία, και θεραπεία επίλυσης προβλημάτων. Αυτές δεν αποκλείουν την πιθανή αξία υποστηρικτικών ή ψυχοδυναμικών ψυχοθεραπειών (McCollough, 2000).

Επιλόχεια Κατάθλιψη

Η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι μια διαταραχή της διάθεσης με συμπτώματα που περιλαμβάνουν αλλαγές στον ύπνο και τα πρότυπα διατροφής, κόπωση, θλίψη, κλάμα, άγχος και ενοχές που σχετίζονται με την ικανότητα φροντίδας του βρέφους Σύμφωνα με το τυποποιημένο διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο, η κατάθλιψη μετά τον τοκετό είναι ένας τύπος καταθλιπτικού επεισοδίου που συμβαίνει εντός ενός έτους από τον τοκετό (Coast E, et al., 2012).

Πρόκειται για ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας που πλήττει περίπου το 17% και το 19% μητέρες παγκοσμίως και στις χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος αντίστοιχα. Όσον αφορά τους συναφείς παράγοντες όπως το άγχος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τα αγχωτικά πρόσφατα επεισόδια ζωής, την κακή κοινωνική υποστήριξη, το προηγούμενο ιστορικό κατάθλιψης, την κακοποίηση από οικείο σύντροφο, την μητρική χαμηλή εκπαιδευτική επίδοση, την χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και ιστορικό οι ψυχικές ασθένειες έχουν συσχετιστεί με την κατάθλιψη μετά τον τοκετό (Gelaye et al., 2016).

Η ανεπεξέργαστη κατάθλιψη μετά τον τοκετό έχει σοβαρές μακροχρόνιες επιπτώσεις τόσο στις μητέρες όσο και στα παιδιά τους. Για τη μητέρα, το επεισόδιο μπορεί να είναι ο πρόδρομος της χρόνιας υποτροπιάζουσας κατάθλιψης. Από την άλλη πλευρά, για τα παιδιά της, μπορεί να συμβάλει σε συναισθηματικά, συμπεριφορικά και γνωστικά προβλήματα στην μετέπειτα ζωή. Δεδομένου ότι οι μητέρες που υποφέρουν από κατάθλιψη σταματούν να θηλάζουν νωρίτερα, τα βρέφη είναι πιο πιθανό να έχουν επεισόδια διάρροιας, φτωχή σχέση μητέρων-βρέφους και μπορεί να επηρεάσουν την ανάπτυξη του παιδιού και άλλες μολυσματικές ασθένειες (Kerrie et al., 2018).

6. Αιτιολογία της Κατάθλιψης

Τα αίτια της κατάθλιψης αποτελούν ένα σημαντικό ζήτημα που απασχολεί την επιστημονική κοινότητα. Μπορεί να είναι πιο απλά και άλλες φορές πιο περίπλοκα. Το μόνο σίγουρο είναι πως η διάγνωσή τους πρέπει να είναι άμεση προκειμένου να γίνουν οι κατάλληλες παρεμβάσεις. Οι θεωρίες που έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί, ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες, ανάλογα με τον παράγοντα που δίνουν την μεγαλύτερη βαρύτητα :

- ✓ Βιολογικοί Παράγοντες
- ✓ Ψυχολογικοί Παράγοντες
- ✓ Κοινωνικοί Παράγοντες

Κάποιες από τις θεωρίες αυτές δεν είναι εύληπτες. Αντιθέτως είναι σε μεγάλο βαθμό περίπλοκες. Το μόνο σίγουρο είναι πως πρέπει να εξεταστούν συμπληρωματικά και συνδυαστικά προκειμένου να γίνει κατανοητή η κατάθλιψη από όλες της τις πλευρές. Η σύγχρονη επιστημονική κοινότητα κάνει λόγο για μια σειρά από χημικές αλλαγές που πραγματοποιούνται στον εγκέφαλο. Πιο συγκεκριμένα γίνεται λόγος για την νευροχημεία του εγκεφάλου. Αν και υπάρχουν

πολλές πληροφορίες σχετικά με τις διεργασίες που πραγματοποιούνται στον εγκέφαλο κάθε ατόμου με κατάθλιψη, δεν είναι αυτές υπεύθυνες για την κατάσταση. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η περίπτωση της αδρεναλίνης. Είναι κοινώς γνωστό πως πρόκειται για μια ορμόνη άμεσα συνδεδεμένη με το άγχος. Αυτό όμως δεν συνεπάγεται ότι η αδρεναλίνη συνιστά την μόνη αιτία που προκαλεί άγχος ή ότι η μείωσή της θα καταφέρει να μειώσει τα επίπεδα άγχους που βιώνει κάποιος (Celano & Huffman, 2011).

Το στοιχείο που συχνά απουσιάζει από τις διάφορες θεωρίες για την κατάθλιψη είναι η έννοια της αλληλεπίδρασης μεταξύ του κόσμου, στον οποίο ζει το άτομο, του τρόπου, με τον οποίο σκέπτεται και νοηματοδοτεί τα πράγματα, και του σώματός του. Αν ένα άτομο καταφύγει στο γιατρό, αυτός είναι πιθανό να διαγνώσει κατάθλιψη και να του χορηγήσει κάποιο φάρμακο (Sonikian et al., 2010). Το φάρμακο αυτό μπορεί να βελτιώσει σημαντικά τη διάθεσή του, να εξομαλύνει τον ύπνο του, να μειώσει το άγχος του κ.ο.κ. Ωστόσο, δεν είναι καθόλου βέβαιο ότι το φάρμακο θα το βοηθήσει να ανακαλύψει το αρχικό αίτιο των χημικών αλλαγών, ούτε θα το διδάξει τρόπους για να μπορέσει να τις ελέγξει στο μέλλον (Μάνος, 1997).

Από την άλλη, ορισμένοι ειδικοί αποδίδουν την κατάθλιψη αποκλειστικά στον τρόπο σκέψης του ανθρώπου ή στις σχέσεις που αναπτύσσει. Αυτοί δε δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στο γεγονός ότι, όταν υπάρχει κατάθλιψη, ο εγκέφαλος λειτουργεί διαφορετικά. Αλλά το σώμα και ο νους είναι ένα. Για παράδειγμα, όταν οι άνθρωποι νιώθουν άγχος, θυμό, ενθουσιασμό ή σεξουαλική διέγερση, ο εγκέφαλός τους παρουσιάζει αλλαγές. Με άλλα λόγια, σε κάθε ψυχολογική κατάσταση αναλογεί διαφορετική κατάσταση του εγκεφάλου. Το γεγονός ότι ο εγκέφαλος του ανθρώπου λειτουργεί διαφορετικά όταν ο ίδιος έχει κατάθλιψη σημαίνει ότι η αντιμετώπισή του μπορεί να είναι δύσκολη (Ευθυμίου και Ψωμά, 2012).

Οι χρόνιες παθήσεις παρουσιάζουν αυξημένο επιπολασμό καταθλιπτικών συμπτωμάτων και ψυχολογικών διαταραχών. Υπάρχουν περιπτώσεις όπου η κατάθλιψη είναι επακόλουθο κάποιων ειδικών βιολογικών επιδράσεων της χρόνιας πάθησης, ενώ σε άλλες περιπτώσεις η σχέση ανάμεσα στην κατάθλιψη και στην χρόνια πάθηση ορίζεται από τη μεταβολή της συμπεριφοράς (Katon, 2011). Η κατάθλιψη οδηγεί σε σημαντική επιδείνωση του ήδη επιβαρυσμένου από την χρόνια νόσο ασθενή, με περιορισμό στις δραστηριότητές του, απώλεια της εργασίας του λόγω της ασθένειας και αυξημένη ανάγκη χρήσης υπηρεσιών υγείας με αύξηση του κόστους τους. Η κατάθλιψη συνδέεται με διόγκωση της νοσηρότητας από την κύρια νόσο και επιδείνωση της εξέλιξης όσον αφορά τον χρόνο και την πρόγνωση, συχνά λόγω αλλαγής στάσης και συμπεριφοράς του ασθενούς. Στις χρόνιες παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος και στο σακχαρώδη διαβήτη, υπάρχει αυξημένη συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και θνησιμότητας καθώς η κατάθλιψη είναι δυνατόν να επηρεάσει αυτές τις ασθένειες, με την μη τήρηση των κανόνων θεραπείας, την αποχή από κάθε ψυχική και σωματική δραστηριότητα και την αύξηση χρήσης βλαπτικών παραγόντων και ουσιών (Hasler, 2010)

Στις επανειλημμένες ιατρικές εξετάσεις, οι επιπλοκές από την χρόνια πάθηση, ενδέχεται να μειώνουν την πιθανότητα αναγνώρισης της κατάθλιψης. Οι επαγγελματίες υγείας συχνά δεν εστιάζουν στα μη ειδικά συμπτώματα της κατάθλιψης (διαταραχές συγκέντρωσης, σωματική κόπωση, αλλαγές στη όρεξη) ή τα αποδίδουν σε συμπτώματα της χρόνιας πάθησης, που προδιαγράφουν μια συγκεκριμένη και απόλυτα δικαιολογημένη συμπεριφορά. Αυτή ενδέχεται να είναι η αιτία, όπου αν και είναι δυνατόν να αναγνωρισθούν συμπτώματα και σημεία κατάθλιψης, δεν αποκλείεται να αναβληθεί η λεπτομερής αξιολόγηση και αντιμετώπισή τους (Higgs et al., 2008).

Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας η κατάθλιψη οφείλεται σε συνδυασμό παραγόντων. Οι παράγοντες που ενδεχομένως παίζουν ρόλο στην ανάπτυξη της κατάθλιψης περιλαμβάνουν τη γενετική, τη χημεία του εγκεφάλου και τη βιολογία καθώς και πιθανά συμβάντα της ζωής όπως τραυματισμοί, εμπειρίες της πρώιμης παιδικής ηλικίας ή οποιαδήποτε αγχωτική κατάσταση. Η κατάθλιψη συνδέεται επίσης με ένα ευρύ φάσμα χρόνιων σωματικών

διαταραχών, όπως ο καρκίνος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, ο διαβήτης, η υπέρταση και οι διάφορες καταστάσεις χρόνιου πόνου. Η κατάθλιψη μπορεί να είναι ένας παράγοντας αιτιώδους κινδύνου ο οποίος οδηγεί σε αυξημένη εμφάνιση φυσικών διαταραχών ή ως συνέπεια της επιδείνωσης της σωματικής διαταραχής (συνωστική κατάθλιψη). Η κατάθλιψη συνδέεται με τις κακές συνήθειες για τις οποίες όλοι γνωρίζουμε ότι μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά την υγεία, όπως αυξημένο κάπνισμα και κατανάλωση αλκοόλ, παχυσαρκία, χαμηλή συμμόρφωση με θεραπευτικά σχήματα και εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα. (Kessler and Bromet, 2013).

Οι Blanco και συνεργάτες (2014) εκτιμούν ότι περίπου 10% πρόσθετος κίνδυνος κατάθλιψης οφείλεται σε δυσλειτουργικά οικογενειακά περιβάλλοντα σε σύγκριση με λειτουργικά οικογενειακά περιβάλλοντα. Το δυσλειτουργικό οικογενειακό περιβάλλον καθορίστηκε ως το περιβάλλον με έντονη γονική απουσία ή διαχωρισμό από βιολογικούς γονείς πριν από την ηλικία των 18 ετών. Οι οικογενειακές δυσλειτουργίες θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες που οδηγούν στην γέννηση μιας σειράς προβλημάτων ψυχικής υγείας. Πολλοί θεωρητικοί όπως ο Carr (2016) που χρησιμοποιούν τις οπτικές γωνίες έχουν επεξεργαστεί τη σχέση μεταξύ οικογενειακού περιβάλλοντος και ψυχικής ασθένειας. Μια διασταυρούμενη έρευνα 1290 εφήβων, ηλικίας 13-19 ετών, διαπίστωσε ότι οι έφηβοι που δεν ζουν με τους δύο γονείς ήταν 1,5 φορές πιο πιθανό να είναι καταθλιπτικοί από όσους κατοικούσαν με τους δύο γονείς (Maharaj et al., 2008). Σε μια μελέτη που διεξήχθη μεταξύ εφήβων σχολικής ηλικίας στην κεντρική Ουγκάντα, ο Nalugya-Sserunjogi παρατηρεί ότι σε σύγκριση με εφήβους που προέρχονται από μονογαμικές οικογένειες, αυτοί από μονογονεϊκές οικογένειες είχαν δύο φορές περισσότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν καταθλιπτικά συμπτώματα (Nalugya-Sserunjogi et al., 2016)

7. Παράγοντες Κινδύνου

Ενώ η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που μπορεί να "προσβάλλει"

οποιονδήποτε, οι μέχρι τώρα μελέτες και έρευνες έχουν προσδιορίσει πολλούς από τους παράγοντες που σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης:

- **Οικογενειακό Ιστορικό** - Το να έχει κανείς στο οικογενειακό ιστορικό του ένα άτομο-μέλος με κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης για το ίδιο το άτομο. Άλλες ψυχικές ασθένειες, όπως για παράδειγμα ο αλκοολισμός σε μέλη της οικογένειας, μπορεί επίσης να αυξήσουν τον κίνδυνο για κατάθλιψη (Langlieb & DePaulo, 2008).
- **Πρώιμες Παιδικές Εμπειρίες** - Τα πρόωρα παιδικά τραύματα, όπως η απώλεια ενός γονέα πριν από την εφηβεία, η παραμέληση του παιδιού, η σωματική, συναισθηματική ή σεξουαλική κακοποίηση και το διαζύγιο των γονιών συνδέονται με αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης στην ενήλικη ζωή του ατόμου (Langlieb & DePaulo, 2008).
- **Άγχος** - Αρνητικά γεγονότα της ζωής ενός ατόμου όπως είναι το διαζύγιο, η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου ή η απώλεια της θέσης εργασίας σχετίζονται με την αύξηση του ποσοστού των ατόμων που πάσχουν από κατάθλιψη. Η έρευνα δείχνει ότι το χρόνιο στρες συνδέεται επίσης με τον αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης (Andrews, Poulton, & Skoog, 2005).
- **Αλκοόλ** - Η κατάθλιψη και ο αλκοολισμός συχνά παρατηρούνται σχεδόν ταυτόχρονα στους ίδιους ασθενείς. Το αλκοόλ είναι ένα "κατασταλτικό φάρμακο" και η παρουσία του σε ένα καταθλιπτικό έχε

επιπτώσεις στην έκβαση της θεραπείας (Andrews, Poulton, & Skoog, 2005).

- **Τόπος διαμονής** - Η κατάθλιψη φαίνεται να είναι υψηλότερη στους κατοίκους των αστικών κέντρων σε σχέση με τους κατοίκους της υπαίθρου. Στην πραγματικότητα, οι έρευνες των τελευταίων ετών δείχνουν ότι η εμφάνιση της κατάθλιψης είναι δύο φορές πιο συχνή μεταξύ των κατοίκων της πόλης από ότι μεταξύ εκείνων που ζουν σε αγροτικές περιοχές (Joyce, 2009).
- **Οικογενειακή Κατάσταση** - Ο κίνδυνος εμφάνισης κατάθλιψης είναι υψηλότερος μεταξύ των διαζευγμένων/ χωρισμένων ή των προσώπων που συμβιώνουν συμβατικά. Είναι χαμηλότερο μεταξύ μονόκλινα και εγγάμους. Επίσης οι άνθρωποι που ζουν μόνοι τους παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά κατάθλιψης από εκείνους που ζουν μαζί με άλλους (Joyce, 2009).
- **Η εργασιακή κατάσταση** - Οι έρευνες των τελευταίων πέντε ετών δείχνουν ότι οι άνθρωποι που είναι άνεργοι για έξι μήνες ή και περισσότερο εμφανίζουν ένα ποσοστό κατάθλιψης τρεις φορές μεγαλύτερο από εκείνο του γενικού πληθυσμού (Langlieb & DePaulo, 2008).
- **Σωματική ασθένεια** - Ορισμένες σωματικές ασθένειες σχετίζονται με την κατάθλιψη και την εμφάνισή της, όπως οι διαταραχές του θυρεοειδούς, οι ορμονικές ανισορροπίες, οι χρόνιες ιογενείς λοιμώξεις, ο καρκίνος και οι καρδιακές παθήσεις (NHS CRD, 2002).
- **Φάρμακα** - Πολλά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν κατάθλιψη ή συμπτώματα αυτής, συμπεριλαμβανομένων των ηρεμιστικών (όπως το Valium) και των παυσίπονων (όπως το Percocet και το Demerol) (NHS CRD, 2002).
- **Το Φύλο** - Εκτιμάται ότι μια στις τέσσερις γυναίκες και ένας στους 10 άνδρες

βιώνουν κάποιο είδος κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ζωής τους. Οι γυναίκες υποφέρουν περισσότερο από κατάθλιψη και κάνουν απόπειρες αυτοκτονίας συχνότερα. Ταυτόχρονα, οι γυναίκες υποφέρουν από "μοναδικές" μορφές κατάθλιψης, οι οποίες σχετίζονται με την βιολογική τους "κατασκευή" και τις εμπειρίες της ζωής τους (Joyce, 2009).

Ηλικία - Οι περισσότεροι άνθρωποι βιώνουν το πρώτο τους επεισόδιο κατάθλιψης μεταξύ των ηλικιών 20 και 40. Στην πραγματικότητα, η μέση ηλικία έναρξης της κατάθλιψης είναι γύρω στα 25 έτη. Ωστόσο, οι πρόσφατες έρευνες κατέδειξαν ότι η μέση ηλικία έναρξης της νόσου μειώνεται σε κάθε γενιά, γεγονός ανησυχητικό. Παιδιά, έφηβοι και ηλικιωμένοι συχνά εμφανίζουν μοναδικά συμπτώματα της κατάθλιψης, εξαιτίας συγκεκριμένων στρεσογόνων γεγονότων (Joyce, 2009).

- **Εθνικές και πολιτισμικές ομάδες** - Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας θεωρεί την κατάθλιψη στις μέρες μας ως την τέταρτη πιο καταστροφική ασθένεια στον κόσμο και προβλέπει ότι θα ανέλθει στη δεύτερη θέση μέχρι το 2020. Καμιά εθνική ή πολιτισμική ομάδα δεν έχει ανοσία απέναντι στην κατάθλιψη. Ενώ η κατάθλιψη εμφανίζεται με περίπου ίδιο ρυθμό σε διαφορετικές ομάδες, οι εθνικές και πολιτισμικές διαφορές συχνά επηρεάζουν τους τρόπους με τους οποίους τα μέλη τους εκφράζουν τα συναισθήματά τους και την προθυμία τους να αναζητήσουν θεραπεία (Riise & Lund, 2001).
- **Η χρήση καπνού** - Στα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη έχει παρατηρηθεί αύξηση της χρήσης καπνού, ενώ τα άτομα με καταθλιπτικά συμπτώματα είναι πιθανό να εμφανίσουν διαταραχές της διάθεσης, όταν προσπαθήσουν να σταματήσουν το κάπνισμα (Rost, 2009).
- **Χρόνιες Σωματικές ή Ψυχικές Διαταραχές**-Τα τελευταία χρόνια οι ερευνητές επισημαίνουν ότι οι φυσικές αλλαγές στο σώμα μπορεί να συνοδεύονται από ψυχικές αλλαγές. Ιατρικές ασθένειες όπως το εγκεφαλικό επεισόδιο, η καρδιακή προσβολή, ο καρκίνος, η νόσος του

Πάρκινσον, και οι ορμονικές διαταραχές μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης. Ο χρόνιος πόνος είναι γνωστό ότι σχετίζεται με την κατάθλιψη (Pilling et al., 2009).

- **Ελάχιστη ή και καμία Κοινωνική Στήριξη** - Η ύπαρξη λίγων ή καθόλου ενθαρρυντικών σχέσεων μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης τόσο σε άνδρες όσο και σε γυναίκες. Ωστόσο, τα ποσοστά κατάθλιψης, όπως έχει διαπιστωθεί, είναι υψηλότερα σε γυναίκες που είναι συνεχώς στο σπίτι με τα μικρά παιδιά και σε όσες περιγράφουν τον εαυτό τους ως μεμονωμένες/απομονωμένες, σε σύγκριση με τις γυναίκες που εργάζονται ή έχουν ένα υποστηρικτικό κοινωνικό δίκτυο. Σε πολλές περιπτώσεις, τα περιορισμένα κοινωνικά δίκτυα ευθύνονται για την έναρξη της κατάθλιψης (Paykel, 2001).

Ψυχολογικοί παράγοντες - Ορισμένοι ψυχολογικοί παράγοντες θέτουν τους ανθρώπους στον κίνδυνο της κατάθλιψης. Τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, τα οποία αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους και τον κόσμο με απαισιοδοξία, ή που καταβάλλονται εύκολα από το στρες μπορεί να είναι επιρρεπή στην κατάθλιψη. Άλλοι ψυχολογικοί παράγοντες, όπως η τελειομανία και η ευαισθησία απέναντι στην απώλεια και την απόρριψη, μπορεί να αυξήσουν τον κίνδυνο εμφάνισης της κατάθλιψης. Η κατάθλιψη είναι επίσης πιο συχνή σε άτομα με χρόνιες διαταραχές άγχους και οριακά "αποφευκτικές" διαταραχές της προσωπικότητας (Rost, 2009).

- **Χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση** - Το να είναι κανείς σε χαμηλή κοινωνικοοικονομική θέση είναι παράγοντας κινδύνου εμφάνισης της κατάθλιψης. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε παράγοντες πολιτισμικούς, σε οικονομικά προβλήματα, στο αγχωτικό περιβάλλον, την κοινωνική απομόνωση και το όλο και μεγαλύτερο καθημερινό άγχος (Langlieb & DePaulo, 2008).
- **Αϋπνία, διαταραχές του ύπνου** - Τα χρόνια προβλήματα ύπνου συνδέονται στενά με την κατάθλιψη και θα πρέπει να αντιμετωπίζονται για

την αποφυγή επιπλοκών (Rost, 2009).

8. Κλινική Εικόνα

Σχετικά με την κλινική εικόνα του ατόμου με κατάθλιψη είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι κάθε τομέας επηρεάζεται σημαντικά αλλά σε διαφορετικό βαθμό. Εξωτερικά, ο ασθενής που υποφέρει από κατάθλιψη παρουσιάζει πεσμένα χαρακτηριστικά προσώπου, ενώ το βλέμμα του είναι άτονο και απαθές. Η κινητική του εικόνα είναι αδρανής και περπατά με δυσκολία. Ταυτόχρονα η ατομική φροντίδα του είναι παραμελημένη. Κάποιες συνήθειες όπως η νευρική δραστηριότητα, ή η συνήθεια να τρώει τα νύχια του και να είναι συνεχώς σε υπερένταση μαρτυρούν επίσης την κατάσταση. (Hedayati & Finkelstein, 2009).

Οι διαταραχές σκέψης όπως επίσης και η ψυχοκινητική δραστηριότητα είναι σημαντικό να αναφερθούν. Ο καταθλιπτικός ασθενής παρουσιάζει διαταραγμένη σκέψη η οποία επηρεάζεται από τα συναισθήματά του. Μάλιστα η κατάθλιψη επηρεάζει πολλές φορές την σκέψη και τις αποφάσεις του. Από τις διαταραχές του περιεχομένου δεν αποκλείονται παρερμηνείες και παραλυτικές ιδέες, όπως οι ιδέες ενοχής και αυτουποτίμησης. Η μείωση της ψυχοκινητικής δραστηριότητας είναι μειωμένη στην πλειοψηφία των περιπτώσεων. Χαρακτηριστικό είναι πως ο ασθενής βιώνει έντονη κούραση και αυτό φαίνεται στην ομιλία του αλλά και στις κινήσεις του (Hedayati & Finkelstein, 2009).

Το καταθλιπτικό συναίσθημα είναι η κυριότερη διαταραχή του ατόμου με κατάθλιψη. Είναι τόσο ισχυρό που προκαλεί γενικότερη βλάβη. Ο καταθλιπτικός ασθενής βιώνει συχνά συναισθήματα λύπης και απογοήτευσης

ενώ νιώθει πως δεν υπάρχει λόγος για την συνέχιση της ζωής του. η μελαγχολία τον κατακλύζει περνά σε μια φάση ανηδονίας. Το ενδιαφέρον για κάθε δραστηριότητα είναι πλέον αμείωτο. Παρόλο που η εκδήλωση ευερέθιστης ή και μελαγχολικής διάθεσης δύναται να εμφανιστούν σε καθέναν από εμάς, τα συναισθήματα αυτά έχουν άμεση σχέση και είναι πολύ πιο έντονα με την κατάθλιψη. Γι αυτόν ακριβώς το λόγο είναι απαραίτητη η άμεση διάγνωση και η άμεση θεραπεία. Μιλώντας για την κλινική εικόνα, είναι σημαντικό να αναφερθεί και η σχέση του άγχους με την συνολική κατάσταση. Το άγχος έχει τις βάσεις του στο αίσθημα του ανεξήγητου φόβου για τον επικείμενο κίνδυνο. Μάλιστα, πολλές φορές ο ασθενής παρουσιάζει προβλήματα όπως είναι η ταχυκαρδία, η εφίδρωση και η ναυτία. (Jonsson et al., 2010).

Η κατάθλιψη σχετίζεται επίσης και με ιδέες αλλά και προσπάθειες αυτοκτονίας, μειωμένες προσπάθειες εργασίας και σπουδών, μειωμένο ενδιαφέρον για τη ζωή και άλλους ανθρώπους. Η κατάθλιψη αλλάζει ένα μεγάλο μέρος της ανθρώπινης ζωής. Υπάρχουν ορισμένες σωματικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές αλλαγές που σχετίζονται με την κατάθλιψη. Το καταθλιπτικό άτομο υποφέρει από μείωση της διάθεσης, θλίψη, άγχος, μείωση της ενέργειας, μείωση της δραστηριότητας, απώλεια της όρεξης, απώλεια βάρους ή αύξηση βάρους, αλλαγές στη λίμπιντο. Η συγκέντρωση και τα κίνητρα μειώνονται, αλλά η ανικανότητα και η αναποφασιστικότητα αυξάνονται. Η κούραση μετά από ακόμη και ελάχιστη προσπάθεια είναι κοινή. Ο ύπνος διαταράσσεται (το τυπικό πρόβλημα είναι να ξυπνάτε νωρίτερα το πρωί αρκετές ώρες πριν από τη συνηθισμένη ώρα). Η όρεξη μειώνεται. Η αυτοεκτίμηση και η αυτοπεποίθηση μειώνονται. Ορισμένες ιδέες περί ενοχής ή αστάθειας είναι συχνά παρούσες, καθώς και αίσθημα απόρριψης και μόνος (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 2010)

Είναι επίσης σημαντικό να αναφερθεί για την κλινική εικόνα του ασθενούς ότι μπορεί επίσης να επηρεάσει τις γνωστικές λειτουργίες του ατόμου που υποφέρει από τη νόσο αυτή. Κατά κύριο λόγο επηρεάζεται ο τρόπος που αντιλαμβάνονται και επεξεργάζονται τις καταστάσεις και τα εξωτερικά

ερεθίσματα. Η έλλειψη πίστης στον εαυτό τους και τις δυνάμεις τους είναι από τα σημαντικότερα προβλήματα. Κάθε άτομο με κατάθλιψη θεωρεί ότι κάνει τα πάντα λάθος. Τα άτομα με κατάθλιψη πιστεύουν, συνήθως, ότι δεν μπορούν να κάνουν τίποτα σωστό, ότι είναι καταδικασμένοι στην αποτυχία και συνεχώς αισθάνονται ενοχή για οτιδήποτε δεν έχει θετική έκβαση. Αυτός ο διαστρεβλωμένος τρόπος αντίληψης και ερμηνείας της πραγματικότητας προκαλεί, συχνά, στα άτομα με κατάθλιψη συναισθήματα ματαίωσης και αποστέρησης, τα οποία υποθάλπουν την ικανότητα ανάληψης πρωτοβουλιών και την εμπιστοσύνη των ατόμων αυτών στον εαυτό τους. Έχει διαπιστωθεί ότι αυτός ο απαισιόδοξος τρόπος σκέψης συχνά διατηρείται και μετά την πάροδο των καταθλιπτικών επεισοδίων, καθιστώντας έτσι το άτομο πιο ευάλωτο στην επανεμφάνιση νέων ανάλογων επεισοδίων (Birmaher & Axelson, 2006; Geller et al., 2008; Post et al., 2010).

Ο τομέας, πάντως, στον οποίο τα άτομα με κατάθλιψη αντιμετωπίζουν τις περισσότερες δυσκολίες είναι ο κοινωνικός. Εκφράζουν ακατάπαυστα παράπονα για την έλλειψη φίλων και νιώθουν λύπη για το γεγονός ότι δεν είναι αποδεκτά από τις συντροφικές κυρίως αυτών που αποτελούνται από συνομήλικα άτομα. Δυστυχώς, πολλές φορές αυτή η αντίληψη αντανακλά την πραγματικότητα, όπως φαίνεται από έρευνες στις οποίες διαπιστώνεται η κοινωνική απόρριψη και η χαμηλή δημοτικότητα αυτών των ατόμων (Fichter et al., 2009).

Τέλος, την κλινική εικόνα συμπληρώνουν μερικά συμπτώματα τα οποία είναι φανερά σε επίπεδο σωματικό. Μερικά από αυτά είναι :

1. Διαταραχές του ύπνου (Αϋπνία τύπου «πρώιμης αφύπνισης», Αϋπνία τύπου «επελεύσεως», Αϋπνία τύπου διακεκομμένου ύπνου)
2. Υπερύπνια
3. Διαταραχές όρεξης
4. Ξηροστομία
5. Δυσκοιλιότητα
6. Υπόταση
7. Διαταραχές της έμμηνου ρύσης
8. Αναφροδισία και σεξουαλική ανικανότητα
9. Υποχονδρικά συμπτώματα
10. Μειωμένη βούληση και ανικανότητα καθημερινών αποφάσεων που αφορούν την ρουτίνα
11. Αυτοκτονία ή απόπειρες
12. Επικινδυνότητα.

9. Διάγνωση

Όπως έχει ήδη καταστεί σαφές, η κατάθλιψη αποτελεί μια ασθένεια ιατρική η οποία χρήζει άμεσης διάγνωσης και αντιμετώπισης από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας. Η παροχή της κατάλληλης θεραπείας

μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή να ξεφύγει από την κατάσταση στην οποία είναι παγιδευμένος. Για την διάγνωση λοιπόν ενός ατόμου είναι απαραίτητο να έχει προηγηθεί ένα τουλάχιστον καταθλιπτικό επεισόδιο με μέση διάρκεια δύο εβδομάδες. Πέραν από αυτό, τα καταθλιπτικά συμπτώματα θα πρέπει να είναι έντονα για τις περισσότερες ώρες της ημέρας, παρουσιάζοντας μάλιστα αντίκτυπο στην γενικότερη ρουτίνα του ατόμου. Χαρακτηριστικά δείγματα κατάθλιψης είναι ότι το άτομο δυσκολεύεται στην εργασία του ή στις κοινωνικές αλληλεπιδράσεις, και γενικότερα σε κάθε δραστηριότητα που άλλοτε του προκαλούσε θετικά συναισθήματα. Για τα άτομα που παρουσιάζουν πιο ήπια επεισόδια κατάθλιψης οι δραστηριότητές τους μπορεί να φαίνεται ότι δεν επηρεάζονται. Σίγουρα όμως το άτομο που αντιμετωπίζει πρόβλημα σχετικό με κατάθλιψη κάνει τεράστιες προσπάθειες να αποδώσει όπως πριν και να κρύψει τα προβλήματά του (Αγγελόπουλος, 2009).

Σημαντικό είναι επίσης να αναφερθεί ότι τόσο η πορεία όσο και η διάρκεια που παρουσιάζει η κατάθλιψη δεν είναι η ίδια σε όλους. Διαφέρει από άτομο σε άτομο. Μέχρι στιγμής δεν έχει εμφανιστεί κάποια εργαστηριακή εξέταση είτε αίματος είτε νευροαπεικονιστική, η οποία θα μπορεί να δώσει μια εικόνα με ασφάλεια σχετικά με την ψυχική υγεία του εξεταζόμενου. Πάραυτα, υπάρχουν κάποιοι δείκτες μιας σειράς εργαστηριακών εξετάσεων οι οποίες είναι δυνατόν να σημειώσουν σημαντική αύξηση κατά τη διάρκεια ενός ενεργού καταθλιπτικού επεισοδίου. Επιπλέον, οι καταθλιπτικοί ασθενείς οι οποίοι όμως έχουν ελαφριά συναισθήματα, μπορεί να παρουσιάσουν αρκετά συχνά σημαντικές ανωμαλίες. (Γαρύφαλλος, 2008).

Εφόσον πραγματοποιηθεί η διάγνωση της κατάθλιψης, ο ασθενής προχωρά στην θεραπεία, η οποία στην πλειοψηφία των περιπτώσεων ολοκληρώνεται μέσα από μια σειρά μεθόδων ψυχοκοινωνικής στήριξης, συνδυαστικά με αντικαταθλιπτικά φάρμακα ή ψυχοθεραπεία (γνωστική συμπεριφορική θεραπεία, διαπροσωπική ψυχοθεραπεία). Είναι κοινώς

αποδεκτό για τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα ότι αποτελούν την πιο συχνή και κατάλληλη θεραπεία για κάθε περίπτωση όπου έχει προηγηθεί διάγνωση είτε μέτριας είτε σοβαρής κατάθλιψης. (Pachana, Helmes, Byrne, & al., 2010).

Γενικότερα, η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις πιο εύκολα διαχειρίσιμες ασθένειες ψυχικής υγείας. Μπορεί μάλιστα να χαρακτηριστεί εύκολα και ως ιάσιμη. Σίγουρα, η διάγνωση παίζει καθοριστικό ρόλο. Βάσει αυτής οργανώνεται η θεραπεία και η συνολική διαδικασία. Η θεραπεία, όπως είναι λογικό, οργανώνεται βάσει του τύπου κατάθλιψης αλλά και βάσει της σοβαρότητας. (Sienaert, Vansteelandt, Demyttenaere, & Peuskens, 2010).

Οι υποψίες για κατάθλιψη δεν πρέπει να πέφτουν μόνο σε ασθενείς που παρουσιάζουν καταθλιπτική διάθεση αλλά και σε κάθε άτομο που υποφέρει από διαταραχές στον ύπνο και στην διάθεσή του γενικότερα. Σημαντικά σημάδια που αποτελούν οiwνούς της κατάθλιψης είναι η έλλειψη δύναμης για κινητικότητα καθώς και η αδυναμία συγκέντρωσης (Oliveira et al., 2012).

Προκειμένου να διαγνωστεί η κατάθλιψη χρησιμοποιούνται κάποια ψυχομετρικά τεστ από τους κατάλληλους ανθρώπους. Για την διάγνωση της κατάθλιψης ευρέως διαδεδομένες είναι οι κλίμακες αυτοαναφορών οι οποίες έχουν την βάση τους στην χρήση του όρου «κατάθλιψη» ως σύμπτωμα. Στόχος κάθε τέτοιας κλίμακας είναι να αξιολογηθεί η ατομική καταθλιπτική διάθεση. Μερικές από τις πιο γνωστές κλίμακες για την διάγνωση της κατάθλιψης είναι η κλίμακα Beck και το BDI (Beck Depression Inventory). σίγουρα, η αξιολόγηση θα πρέπει να σχετίζεται με τον βαθμό και την ποιότητα της λειτουργικότητας του εκάστοτε ατόμου. Μάλιστα, επόμενος στόχος θα πρέπει να είναι ο εντοπισμός και άλλων διαταραχών όχι μόνο στο ίδιο το άτομο που πιθανότατα.

Η συγκεκριμένη αξιολόγηση θα πρέπει να σχετίζεται με την λειτουργικότητα του ασθενούς σε μια σειρά δραστηριοτήτων που αφορούν διάφορους τομείς.

Η αξιολόγηση αυτή θα πρέπει να αφορά τη λειτουργικότητα του ατόμου σε πολλούς τομείς και θα πρέπει να στοχεύει στον εντοπισμό άλλων διαταραχών ακόμα και στο οικογενειακό περίγυρο του ατόμου και να ερευνά τις συνθήκες ζωής του σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής είναι (Netter, 2009; Hedayati & Finkelstein, 2009; Rai et al., 2011; Theofilou, 2011):

- Καταθλιπτικό συναίσθημα
- Απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης
- Σημαντική απώλεια ή απόκτηση βάρους
- Αϋπνία ή υπερυπνία
- Ψυχοκινητική επιβράδυνση ή ανησυχία
- Αίσθημα κούρασης ή απώλεια ενεργητικότητας
- Αισθήματα αναξιότητας ή αδικαιολόγητης παρατεταμένης ενοχής
- Μειωμένη συγκέντρωση
- Επανειλημμένες σκέψεις θανάτου, απόπειρα αυτοκτονίας ή σκέψεις και πλάνα αυτοκτονίας.

Τουλάχιστον πέντε από τα παραπάνω πρέπει να υπάρχουν και υποχρεωτικά τα δύο πρώτα. Επιπρόσθετα η διάρκειά τους να ξεπερνά τις δύο εβδομάδες και να είναι εμφανής η αλλαγή της λειτουργικότητας του ατόμου. Πρέπει να λάβουμε υπόψη μας και τυχόν γεγονότα που λαμβάνουν χώρα στη ζωή του ασθενούς όπως απώλεια αγαπημένων προσώπων, χρήση ουσιών, εγκυμοσύνη, διάφορες παθήσεις κ.α. (Κονταξάκης και συν., 2005; Hedayati & Finkelstein, 2009).

B. ΜΕΡΟΣ

Ο Ρόλος του Νοσηλευτή

Εισαγωγικά

Πλέον ο ρόλος του νοσηλευτή έχει λάβει σημαντικές διαστάσεις στην κλινική πράξη. Οι αρμοδιότητές του έχουν αυξηθεί σημαντικά ενώ όλο και περισσότερο αυξάνεται ο όγκος δουλειάς που τους αναλογεί. Στην περίπτωση λοιπόν της κατάθλιψης, ο νοσηλευτής θα πρέπει να δρα ως ειδικός επαγγελματίας ψυχικής υγείας. Αυτό προϋποθέτει βέβαια την εξειδίκευσή του. Ο νοσηλευτής λοιπόν καλείται να βοηθήσει και να εκπαιδεύσει όλα εκείνα τα άτομα που αντιμετωπίζουν διάφορες ψυχικές διαταραχές ή διαταραχές διάθεσης. Έχει με άλλα λόγια το ρόλο του ψυχοθεραπευτή, και στόχος του είναι η αποκατάσταση των ασθενών του σε κάθε τομέα. Η επίτευξη των στόχων πραγματοποιείται μέσα από τις συστηματικές συνεδρίες, οι οποίες σταδιακά επαναφέρουν τον ασθενή στην πραγματικότητα (Chitty, 2010).

Στόχος λοιπόν του νοσηλευτή είναι να συναντηθεί αρχικά σε ένα ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον μέσα στο οποίο ο ασθενής θα μπορεί να αισθάνεται καλά. Έτσι, εάν πρόκειται για έναν ασθενή που αντιμετωπίζει μείζονα καταθλιπτική διαταραχή το κατάλληλο μέρος είναι μια ψυχιατρική κλινική, η οποία θα προσφέρει ασφάλεια τόσο στον ίδιο όσο και στο περιβάλλον του. όπως έχει αναφερθεί και σε προηγούμενο κεφάλαιο, οι ασθενείς που πάσχουν

από αυτού του είδους την κατάθλιψη παρουσιάζουν μεγάλη ευαισθησία στους θορύβους αλλά και στα έντονα φώτα (Pilgrim & Rogers, 2004).

Έτσι λοιπόν, το πλέον κατάλληλο περιβάλλον για έναν τέτοιο ασθενή που θα του δίνουν τη δυνατότητα να ηρεμήσει, είναι ένας χώρος όπου ο φωτισμός δεν θα είναι έντονος και οι ήχοι θα είναι περιορισμένοι. Όταν ο νοσηλευτής κρίνει ότι είναι σε θέση να αντιμετωπίσει τα συναισθήματα αυτά, τότε θα μπορεί να περιηγηθεί και σε άλλους χώρους (Σταθάρου και συν., 2012)

Το μόνο σίγουρο είναι ότι κάθε άτομο που αντιμετωπίζει τέτοιου είδους προβλήματα χρειάζεται απαραίτητα την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού. Η επίβλεψη θα πρέπει να είναι συχνή και προγραμματισμένη. Ειδικά στις περιπτώσεις όπου η κατάσταση είναι πιο σοβαρή, οι νοσηλευτές πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί καθώς υπάρχουν μεγάλες πιθανότητες για τον ασθενή να αυτοτραυματιστεί ή να βλάψει τους γύρω του άθελά του. (Villada et al., 2013). Για παράδειγμα, μπορεί ένας ασθενής να θέλει να κάνει ένα τσιγάρο, αλλά αντί αυτού να βάλει φωτιά και να προκαλέσει βλάβες είτε στον ίδιο του τον εαυτό είτε στους γύρω του. επιβάλλεται λοιπόν ο ασθενής να παρακολουθείται συνεχώς και να παρακινείται επίσης από τον επιβλέποντά του να συμμετέχει σε μια σειρά δραστηριοτήτων όπως το περπάτημα, η γυμναστική και άλλα, όπου θα επιβραβεύεται για κάθε του προσπάθεια.

Σημαντικός είναι ο ρόλος του νοσηλευτή και στην εκπαίδευση της οικογένειας του καταθλιπτικού ατόμου. Στόχος επίσης είναι να ωθεί τον ασθενή να μένει για όσο το δυνατόν μεγαλύτερο χρονικό διάστημα γίνεται στο σπίτι με τους δικούς του ανθρώπους. Σε γενικές γραμμές, η φροντίδα στο σπίτι είναι η πλέον κατάλληλη για ασθενείς που σε προηγούμενη φάση της κατάστασής τους είχαν νοσηλευτεί. Σε αυτή την περίπτωση ο νοσηλευτής έχει ως στόχο να αξιολογεί καθημερινά την σχέση μεταξύ ασθενούς και οικογένειας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσα από την παρακολούθηση. Ας τονιστεί ότι ο νοσηλευτής εξετάζει κατά κύριο λόγο την λεπτομέρεια κατά την οποία ο οικογενειακός κύκλος του ασθενούς μπορεί να προκαλέσει αρνητικά συναισθήματα και γενικότερα ένταση στην ψυχική ηρεμία του ασθενούς. Εφόσον διαπιστώσει ότι η κατάσταση είναι η κατάλληλη στο σπίτι, τότε προχωρά στην εκπαίδευση της οικογένειας του ασθενούς εξηγώντας τους την φαρμακευτική αγωγή, τις δοσολογίες καθώς και τις πιθανές επιπλοκές. Με λίγα λόγια θέλει να πετύχει την προώθηση της φροντίδας του ασθενούς από την ίδια του την οικογένεια. Ακόμα, προάγει την συνεργασία μεταξύ του ίδιου αλλά και την υπόλοιπης οικογένειας με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα η οποία απαρτίζεται από ψυχολόγους, ψυχίατρους κοινωνικούς λειτουργούς κ.ά. Τέλος, μια ακόμα αρμοδιότητα του νοσηλευτή είναι η

ενημέρωση της οικογένειας σχετικά με στοιχεία της νόσου τα οποία δείχνουν είτε βελτίωση είτε χειροτέρευση. (Nardi, 2007).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην εκτίμηση

Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας, όπου αρχίζει με τη λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενούς κατά το οποίο συλλέγονται τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάστασή του. Σε αυτό το στάδιο το οποίο είναι και το αρχικό, ο νοσηλευτής θα πρέπει να λάβει το ιστορικό του ασθενούς και να καταγράψει τα συμπτώματά του. Εκτιμώντας τους αυτοκτονικούς παράγοντες κινδύνου και πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να αποβούν θανατηφόρες μπορεί να πραγματοποιήσει ορθά την εκτίμηση (Lea, 2014).

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην Διάγνωση

Σε πρώτο στάδιο σημειώνεται ανάλυση της επικρατέστερης διάθεσης του ασθενούς, τα επίπεδα άγχους, ο βαθμός αυτοελέγχου και η βαρύτητα των συμπτωμάτων. Οι επαγγελματίες υγείας και δη οι νοσηλευτές καθορίζουν την επικινδυνότητα για αυτοκτονία, γνωρίζοντας πως ο ασθενής που πάσχει από κατάθλιψη έχει αυξημένες πιθανότητες να διαπράξει μια σχετική κίνηση. Εφαρμόζεται στην συνέχεια εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τα άτομα ή την οικογένεια με καταθλιπτική διαταραχή ή αυτοκτονική συμπεριφορά και ιεραρχούνται το άγχος, η αντιμετώπιση αναποτελεσματικής οικογένειας (συμβιβαστική λύση), η αντιμετώπιση και η αναποτελεσματική προσωπικότητα του ατόμου, η αξιολόγηση της οικογένειας και η δυσλειτουργία, καθώς και η έλλειψη ελπίδας. Έμφαση δίνεται επίσης στην ελλειμματική γνώση και στην διαταραχή στη διατροφή, στον κίνδυνο λήψης λιγότερης ποσότητας από την αναγκαία και φυσικά στην καταβολή δυνάμεων και την έλλειψη αυτοεκτίμησης. Δεν πρέπει

να παραλείπεται επίσης η αξιολόγηση της διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς και η διαταραχή ύπνου, η κοινωνική απομόνωση και οι πνευματικές ανησυχίες σε συνδυασμό με την μειωμένη κριτική ικανότητα (Gilbody et al., 2003). Προκειμένου λοιπόν να σχεδιάσουν την κατάλληλη θεραπευτική παρέμβαση η οποία θα βασίζεται στις ατομικές ανάγκες του ασθενούς, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να πραγματοποιούν την διάγνωση και να λαμβάνουν υπ όψιν τους όλες τις παραπάνω πληροφορίες, συνδυαστικά με τα ατομικά χαρακτηριστικά του ασθενούς. Η νοσηλευτική φροντίδα πρέπει να αντιμετωπίζει τον κάθε ασθενή με ενσυναίσθηση και κατανόηση προκειμένου να τον κάνει να βιώσει θετικά συναισθήματα και εμπιστοσύνη (Schnall et al., 2010).

Ο ρόλος του Νοσηλευτή στην θεραπεία

Πριν ξεκινήσει κάποια θεραπεία, προηγείται πάντα ο καθορισμός των στόχων για το αναμενόμενο αποτέλεσμα, κάτι το οποίο γίνεται σε συνεργασία με τον ασθενή. Έτσι λοιπόν, καθορίζονται αρχικά τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα όσο αφορά τον ασθενή, και σε δεύτερο πλάνο τα κριτήρια για τη συμβολή της οικογένειας του στο το επιθυμητό αυτό αποτέλεσμα. Πρόκειται για εκείνο τα στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας κατά το οποίο εφαρμόζεται στην πράξη το σχέδιο φροντίδας του ασθενούς, σε συνεργασία με τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας (Schnall et al., 2010).

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία.

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. (Mood Disorders and Suicidal Behaviour, chapter 6, p. 106- 112, 2002).

Ο ρόλος του νοσηλευτή στην κατάθλιψη έχει πάρει σημαντικές διαστάσεις πλέον. Μάλιστα κρίνεται απαραίτητος. Συνοπτικά, ο νοσηλευτής θα πρέπει να ακολουθεί τα παρακάτω βήματα :

1. Να ολοκληρώνει την εφαρμογή των μέτρων πρόληψης της αυτοκτονίας, όταν ο ασθενής διατρέχει μεγάλο κίνδυνο.

2. Να υιοθετεί μια θερμή και καταδεκτική προσέγγιση για τους ασθενείς με μεγάλη κατάθλιψη, ενώ γνωρίζει την πιθανότητα να αντισταθεί στις προσπάθειες να δημιουργηθεί μια θεραπευτική σχέση.
3. Να αποφεύγει κάθε προσπάθεια να πιέσει τον ασθενή να χαρεί ή να γελάσει.
4. Να αναγνωρίζει και να αποδέχεται τα συναισθήματα του ασθενούς, αλλά να μην δείχνει φιλευσπλαχνία και να μην ταυτίζεται με αυτά. Να δημιουργεί έναν μηχανισμό αντιμετώπισης, που θα χαρακτηρίζεται από ηρεμία, εμπιστοσύνη και αντικειμενικότητα.
5. Να εκφράζει τις ελπίδες του για τον ασθενή.
6. Να ενθαρρύνει τον ασθενή να εκφράσει σκέψεις και συναισθήματα, μεταξύ των οποίων και τα αρνητικά, ιδιαίτερα όταν τα συναντούμε συχνά στην κατάθλιψη.
7. Να προσφέρει γνωστικές παρεμβάσεις.
8. Να προσφέρει παρεμβάσεις στην συμπεριφορά και να τις ολοκληρώσει σταδιακά.
9. Να προωθήσει τις κοινωνικές παρεμβάσεις.
10. Να ξοδεύει μαζί με τον ασθενή κάποιο χρόνο, ώστε να δημιουργήσει ψυχοσυναισθηματική επαφή και αρμονία σχέσεων.
11. Να διδάξει και να επιδείξει αποτελεσματικές κοινωνικές δραστηριότητες.
12. Να προτρέψει τον ασθενή να συμμετέχει σε κοινωνικές οργανώσεις και ομάδες μέσω των οποίων θα μπορέσει να επεκτείνει το κοινωνικό του δίκτυο.
13. Να συμπεριλάβει και την οικογένεια στη θεραπεία του ασθενούς και στο πρόγραμμα εξόδου του από το νοσοκομείο. Να προσφέρει και στην οικογένεια εκπαίδευση και συμβουλές.
14. Να εκπαιδεύσει τον ασθενή, όσον αφορά τις επιπτώσεις των φαρμάκων: να του εξηγήσει ότι τα συμπτώματα είναι πιθανόν να μην υποχωρήσουν από την πρώτη εβδομάδα ή και περισσότερο.
15. Να είναι ειλικρινής με τον ασθενή. Πολλές τεχνικές είναι οδυνηρές για τους ασθενείς. Γι' αυτό και οι νοσηλευτές πρέπει να προειδοποιούν για τυχόν πόνο ή αδιαθεσία μετά από την διεργασία. Οι διαβεβαιώσεις ότι «δεν θα πονέσει» και ύστερα ν' ακολουθήσει έντονος πόνος προκαλεί στον ασθενή αίσθημα

δυσπιστίας, με αποτέλεσμα να μην γίνει συνεργάσιμος. (Τσιριντάνη και συν., 2010)

Παρέχοντας ο νοσηλευτής μια σειρά από παρεμβάσεις γνωρίζει όλο και περισσότερο τον ασθενή του ως άτομο. Αλληλεπιδρώντας μαζί του αργά και σταδιακά με τόνο σταθερό και αργό, του δημιουργεί αισθήματα ασφάλειας. Μάλιστα, ενθαρρύνοντάς τον να εκφράζει τα συναισθήματά του, να σκέφτεται, να ανησυχεί κτλ του υπενθυμίζει το νόημα της ζωής με τρόπο διακριτικό.

4. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην φαρμακολογική θεραπεία

Η κατάθλιψη συχνά δεν εντοπίζεται από τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης σε περίπου 50% των περιπτώσεων, επειδή συνήθως δεν αναζητείται και συχνά αγνοείται ή λείπει. Η θεραπεία πρώτης γραμμής για ενήλικες με μέτρια έως σοβαρή κατάθλιψη είναι συνήθως τα αντικαταθλιπτικά. Υπάρχουν πέντε κύριοι τύποι αντικαταθλιπτικών: τρικυκλικά (TCA) και συναφή αντικαταθλιπτικά, αναστολείς μονοαμινοξειδάσης (MAOI), επιλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης (SSRIs), αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SNRIs). και νοραδρενεργικά και ειδικά αντικαταθλιπτικά σεροτονίνης (NaSSAs). Τα SSRIs είναι ασφαλέστερα όσον αφορά την υπερβολική δόση από τα TCA και τείνουν να είναι καλύτερα ανεκτά από άλλες κατηγορίες αντικαταθλιπτικών. Ως εκ τούτου, τα SSRIs είναι τα πιο συχνά συνταγογραφούμενα αντικαταθλιπτικά για τη θεραπεία της κατάθλιψης (Bennett, 2012).

Οι ασθενείς με SSRI σε σύγκριση με τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs) και τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (MAOI) είναι ότι έχουν μειωμένη τάση να προκαλούν αντιχολινεργικές παρενέργειες, όπως όπως ξηροστομία και γνωστικές δυσκολίες, όπως δυσκολίες συγκέντρωσης και

επίλυσης προβλημάτων. Έχουν προταθεί διάφορες προσεγγίσεις για τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης για την κατάθλιψη σε μη εξειδικευμένες εγκαταστάσεις. Μια προσέγγιση περιλαμβάνει βελτιώσεις στη διαδικασία φροντίδας, όπως η διαχείριση περιπτώσεων. Οι επιδράσεις των αλληλεπιδράσεων φαρμάκου προς φάρμακο μπορεί να είναι θανατηφόρες. Μία μελέτη που αναφέρει την τοξικότητα της υπερδοσολογίας φαρμάκου διαπίστωσε ότι περισσότεροι θάνατοι επήλθαν όταν SSRIs συνταγογραφήθηκαν ταυτόχρονα με TCAs από ό, τι όταν χορηγήθηκε μόνος. (Civitci, 2010).

Οι ασθενείς που δεν ανταποκρίθηκαν ή δεν μπόρεσαν να ανεχθούν θεραπεία πρώτης γραμμής μπορεί να χρειαστεί να στραφούν στη θεραπεία δεύτερης γραμμής, η οποία τείνει να είναι αντικαταθλιπτικά που επηρεάζουν τη σεροτονίνη και τη νοραδρεναλίνη καθώς και άλλες μονοαμίνες (Taylor, Paton & Karur 2009). Έχουν προταθεί διάφορες φαρμακολογικές στρατηγικές, όπως η αλλαγή της δοσολογίας, η αύξηση ή η μετάβαση σε διαφορετικό φάρμακο, αλλά έχουν παρουσιάσει περιορισμένη επιτυχία. Τα στοιχεία δείχνουν ότι η θεραπεία με φάρμακα σε συνδυασμό με ψυχοθεραπεία έχει τα καλύτερα αποτελέσματα και όταν διατηρείται είναι πιθανότερο να μειώσει την υποτροπή και την υποτροπή. Ωστόσο, το 30-40% των ασθενών δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στην φαρμακευτική αγωγή πρώτης γραμμής. Σε κάθε τέτοια περίπτωση ο νοσηλευτής πρέπει να φροντίζει να ελέγχει τις δόσεις του ασθενούς καθώς και την τήρηση του προγράμματός του.

5. Ο ρόλος του νοσηλευτή στην μη φαρμακολογική θεραπεία

Πριν αναφερθεί κάτι περαιτέρω είναι σημαντικό να υπογραμμιστεί ότι οι ψυχοδυναμικές θεραπείες προέρχονται από τον Freud. Μάλιστα, σε ορισμένα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης αποτελεί σήμερα τη συνηθέστερα χρησιμοποιούμενη μορφή ψυχοθεραπείας. Σε ασθενείς με κατάθλιψη, βαριάς μορφής κυρίως, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) αναγνωρίζεται ευρέως ως

αποτελεσματική και κατάλληλη οξεία θεραπεία. Παραμένουν ακόμα ερωτήματα σχετικά με το αν η ECT συνδέεται με μια καθαρή βελτίωση της λειτουργίας και της ποιότητας ζωής στις πρόσφατες κατευθυντήριες γραμμές από το Ηνωμένο Βασίλειο. Οι τροποποιήσεις στην πρακτική της ECT τις τελευταίες πέντε δεκαετίες έχουν αυξήσει σημαντικά την ασφάλειά της. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία θεωρείται γενικά ως μια από τις πιο βασισμένες σε αποδεικτικά στοιχεία θεραπείες για την κατάθλιψη. Η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία (IPT) προέρχεται από κλασική ψυχοδυναμική θεραπεία. Αν και η διαπροσωπική ψυχοθεραπεία έχει ενσωματωμένα στοιχεία από άλλες ψυχοθεραπείες, θεωρείται γενικά μια σύγχρονη μορφή ψυχοδυναμικής θεραπείας

Η γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT) είναι μια βραχυχρόνια ψυχολογική θεραπεία που είναι αποτελεσματική στη θεραπεία της κατάθλιψης (National Institute for Clinical Excellence 2009). Υπάρχουν στοιχεία ότι το CBT είναι το πιο αποτελεσματικό για τους ασθενείς που πάσχουν από ήπια έως μέτρια κατάθλιψη. Η αυτοβοήθεια αντιμετωπίζεται πολύ θετικά από το κοινό. Μια πρόσφατη συστηματική ανάλυση επιβεβαίωσε τη συνολική αποτελεσματικότητα της αυτοβοήθειας της CBT και διαπίστωσε ότι τα πακέτα παρέχονται καλύτερα ως καθοδηγούμενη αυτοβοήθεια (GSH), με την καθοδήγηση από έναν εργαζόμενο που δεν χρειάζεται απαραίτητα κλινικά. Με βάση μια ψυχοφυσιολογική θεωρία που συντίθεται από τη βιβλιογραφία, η ηρεμιστική μουσική προκαλεί μια ανταπόκριση χαλάρωσης και απόσπασης της προσοχής η οποία μειώνει τη δραστηριότητα στο νευροενδοκρινικό και συμπαθητικό νευρικό σύστημα, το άγχος ενώ βελτιώνει την ποιότητα του ύπνου.

Η μουσική είναι μια από τις πιο διάσημες θεραπείες. Δύο μελέτες χρησιμοποίησαν διαφορετικούς τύπους μουσικής ως μη φαρμακολογική παρέμβαση για τη θεραπεία της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματα συνέβαλαν στη γνώση σχετικά με την αποτελεσματικότητα της μαλακής αργής μουσικής που χρησιμοποιείται ως εργαλείο για τη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου

και την ανακούφιση της κατάθλιψης για τους ηλικιωμένους. Ενώ δεν υπήρχαν στατιστικές διαφορές μεταξύ των ομάδων, υπήρξαν κάποιες ενδείξεις ότι η μουσική απέδωσε βελτίωση σε ορισμένες από τις παραμέτρους. (Chan et al., 2010 Σύμφωνα με τους ίδιους ερευνητές, η συναισθηματική αντίδραση των ανθρώπων στη μουσική μπορεί να συμβεί επειδή το σωματικό σύστημα είναι η νευροφυσιολογική θέση των συναισθηματικών καταστάσεων, συναισθημάτων και αισθήσεων. Στην πειραματική ομάδα (n = 21) της μελέτης, υπήρξαν στατιστικά σημαντικές μειώσεις στις βαθμολογίες γηριατρικής κατάθλιψης και στην ποιότητα ύπνου την 4η εβδομάδα μετά την έκθεση των συμμετεχόντων στην ακρόαση μουσικής, συμπεριλαμβανομένης της διαλογικής κινεζικής κλασικής, δυτικής κλασικής και δυτικής σύγχρονης τζαζ. Όλα ήταν αργά και ρέοντα κομμάτια, περίπου 60-80 παλμούς ανά min-1, όργανο και 30 λεπτά σε μήκος (Nilsson 2008).

Σε ένα σχετικό άρθρο των Chan et al. (2011), εξετάστηκε η επίδραση της μουσικής στην κατάθλιψη στους ηλικιωμένους (n = 50). Οι συμμετέχοντες στην πειραματική ομάδα είχαν τη δυνατότητα να επιλέξουν από τέσσερα διαφορετικά είδη μουσικής, συγκεκριμένα τον Ινδικό, τον Κινέζικο και τον δυτικό Μαλαισιακό ρυθμό, για 30 λεπτά σε οκτώ εβδομάδες. Τα επίπεδα κατάθλιψης μειώθηκαν εβδομαδιαίως στην ομάδα μουσικής, υποδεικνύοντας σωρευτική επίδραση δόσης, και διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική μείωση των επιπέδων κατάθλιψης με την πάροδο του χρόνου στη μουσική ομάδα σε σύγκριση με μη μουσική ομάδα μετά την 8η εβδομάδα

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν έναν μοναδικό ρόλο στην υποστήριξη των ασθενών. Με τη δημιουργία διαλόγου με τους ασθενείς, και σύναψη σχέσεων εμπιστοσύνης με αυτούς, οι νοσηλευτές μπορούν να αρχίσουν να κατανοούν τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς θεωρούν τους εαυτούς τους ως άτομα, τι είναι σημαντικό για αυτούς και τον τρόπο με τον οποίο η σχέση τους με άλλους μπορεί να επηρεάσει τις αποφάσεις τους και την ικανότητά τους να ζουν με αυτές τις αποφάσεις κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους και πέραν αυτών.

Η σχέση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης με τους ασθενείς βασίζεται στην εμπιστοσύνη, είναι ανοικτή και ειλικρινής, κατανόηση, παρουσία, σεβασμός, καθορισμός αμοιβαίων στόχων και παροχή κοινωνικής υποστήριξης (Ritchie 20011). Κατά την άσκηση νοσηλευτικής που βασίζεται σε τεκμήρια, ένας επαγγελματίας υγείας θα πρέπει να αποφασίσει εάν τα αποδεικτικά στοιχεία είναι σχετικά με τον ασθενή. Η ενσωμάτωση της κλινικής εμπειρογνωμοσύνης θα πρέπει να είναι ισορροπημένη με τον κίνδυνο και το όφελος της εναλλακτικής θεραπείας για κάθε ασθενή και θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη τις ιδιαίτερες κλινικές περιστάσεις του ασθενούς, συμπεριλαμβανομένων των συνυπολογισμένων συνθηκών και προτιμήσεων.

6. Τηλειατρική και Κατάθλιψη

Η τηλειατρική είναι η χρήση ηλεκτρονικών επικοινωνιών για την παροχή και διανομή πληροφοριών σχετικά με την υγεία και τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένων των πληροφοριών και των υπηρεσιών υγείας γενικότερα που βρίσκονται σε απόσταση. Η τηλειατρική περιλαμβάνει ποικίλες δραστηριότητες υγειονομικής περίθαλψης και προώθησης της υγείας, συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης, συμβουλών, υπενθυμίσεων, παρεμβάσεων και παρακολούθησης. Με άλλα λόγια, η τηλειατρική είναι ένα σύστημα που επικεντρώνεται στη χρήση τεχνολογιών πληροφοριών και επικοινωνιών (ΤΠΕ) για την παροχή υπηρεσιών υγείας.

Το Telenursing είναι γενικά η χρήση ΤΠΕ για την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης σε απόσταση από νοσηλευτές. Το Telenursing γίνεται γρήγορα ένα ουσιαστικό μέρος του νέου ρόλου του νοσηλευτικού επαγγελματία. Όλο και περισσότερο, η υγιεινή θα χρησιμοποιηθεί ως το κύριο μέσο για τη διαχείριση της απομακρυσμένης παροχής υγειονομικής

περίθαλψης. Το Telenursing επιτρέπει την αλληλεπίδραση του νοσηλευτή με έναν ασθενή σε μια απομακρυσμένη περιοχή για να λαμβάνει ηλεκτρονικά τα δεδομένα της κατάστασης της υγείας του τελευταίου, να ξεκινάει και να μεταδίδει θεραπευτικές παρεμβάσεις και θεραπευτικές αγωγές και να παρακολουθεί και να καταγράφει τα αποτελέσματα της ανταπόκρισης του ασθενούς και τα νοσηλευτικά αποτελέσματα. Η αξία της επένδυσης στον πελάτη είναι η αυξημένη πρόσβαση σε εξειδικευμένη, ενσυναισθητική και αποτελεσματική νοσηλεία που παρέχεται μέσω της τεχνολογίας των τηλεπικοινωνιών. Για να διασφαλιστεί η ποιότητα και η επάρκεια της εξ αποστάσεως παροχής υγειονομικής περίθαλψης, οι επαγγελματίες υγείας και δη οι νοσηλευτές πρέπει να κατανοήσουν τις χρήσεις, τους περιορισμούς και την αποτελεσματικότητα των τεχνολογιών τηλεπικοινωνιών. (Reynolds et al., 2015)

Ο ρόλος των νοσηλευτών στην παροχή βοήθειας στους ασθενείς για τη διαχείριση της δικής τους υγείας είναι σημαντικός. Οι ασθενείς χρειάζονται εκτεταμένη υποστήριξη για να διαχειριστούν επιτυχώς την κατάστασή τους κατά την έξοδο από τα νοσοκομεία (Aledavood et al., 2017). Στην περίπτωση αυτή, οι συνήθεις επισκέψεις φροντίδας κατ'οίκον μπορούν να ελαχιστοποιηθούν με τη χρήση εργαλείων telehealth για να αλληλεπιδράσουν με τους ασθενείς στο σπίτι. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε βελτιωμένα αποτελέσματα στην αυτο-φροντίδα επιτρέποντας παράλληλα στους ασθενείς να παραμείνουν στο σπίτι τους (Nagel, 2016).

Σύμφωνα με τον Ben-Zeev (2015), η βέλτιστη ψυχική υγεία εξαρτάται από την ευαίσθητη και έγκαιρη ανίχνευση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι πρωτοβάθμιες εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης είναι σημεία όπου τα περισσότερα άτομα με κατάθλιψη λαμβάνουν τη θεραπεία. Πολλοί ασθενείς που υποφέρουν από κατάθλιψη δεν ανιχνεύονται ή δεν λαμβάνουν επαρκή θεραπεία. Οι παραδοσιακές μέθοδοι ψυχιατρικής αξιολόγησης που βασίζονται σε κλινικές συνεντεύξεις είναι συχνά ανακριβείς, στηριζόμενες στις αναδρομικές περιλήψεις των ασθενών σχετικά με τις εμπειρίες τους με την

πάροδο του χρόνου (Sudak, 2012). Αναφορικά με τις παρεμβάσεις συχνά ξεκινούν αφού τα προβλήματα ψυχικής υγείας έχουν ήδη φτάσει στο επίπεδο σοβαρότητας που απαιτεί κλινική προσοχή και είναι πιο δύσκολο να αντιμετωπιστούν. (Ben-Zeev et al., 2015)

Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο σε όλους σχεδόν τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης της φροντίδας ψυχικής υγείας. Ενώ οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για την ανίχνευση και τη διάγνωση της κατάθλιψης και τη δημιουργία του θεραπευτικού σχεδίου, οι νοσηλευτές διαδραματίζουν βασικό ρόλο στο συντονισμό ολόκληρης της διαδικασίας υγειονομικής περίθαλψης για να εξασφαλίσουν την επιτυχία της περίθαλψης (Wood et al., 2017).

Οι νοσηλευτές, ανεξάρτητα από την εκπαίδευση, νοσηλεύουν ασθενείς, εκπαιδεύουν τους ασθενείς και τις οικογένειές τους για διάφορες ιατρικές καταστάσεις και παρέχουν συμβουλές και συναισθηματική υποστήριξη. Επιπλέον, οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την καταγραφή των συμπτωμάτων του ασθενούς, βοηθούν στην εκτέλεση διαγνωστικών εξετάσεων και στην ανάλυση των αποτελεσμάτων, στη χορήγηση θεραπείας και φαρμάκων και στην παρακολούθηση. (Edirippulige, 2009) Σύμφωνα με τον Wilkinson (1992), οι κύριες λειτουργίες των νοσηλευτών που ασχολούνται με την αντιμετώπιση των ασθενών με κατάθλιψη περιλαμβάνουν: αξιολόγηση της κατάθλιψης,

- ✓ παρακολούθηση της κλινικής προόδου ·
- ✓ ενίσχυση της συμμόρφωσης με τη θεραπεία.
- ✓ την προώθηση της κοινωνικής αλλαγής και
- ✓ την εκπαίδευση του ασθενούς και των φροντιστών.

Σύμφωνα με τον Aragonès (2008), ο ρόλος των νοσηλευτών στη θεραπεία κατάθλιψης περιλαμβάνει την αξιολόγηση και υποστήριξη της

τήρησης της θεραπείας, καθώς και την αξιολόγηση στο διάστημα που ακολουθεί αυτό τη θεραπείας, κατά το οποίο ο νοσηλευτής εξετάζει τον βαθμό απόκρισης του ασθενούς στην θεραπεία. Για την διευκόλυνση και των δύο, μπορούν πλέον να χρησιμοποιηθούν online μορφές παρακολούθησης της κατάστασης. Οι νοσηλευτές διαδραματίζουν ζωτικό ρόλο στην παροχή πρακτικών συμβουλών σχετικά με διαφορετικές στρατηγικές αυτοβοήθειας, κοινωνικές και οικογενειακές σχέσεις και υγιεινό τρόπο ζωής. Έτσι, ο ρόλος τους στην παροχή βοήθειας στους ασθενείς για τη διαχείριση της δικής τους υγείας είναι σημαντικός. Οι νοσηλευτές είναι υπεύθυνοι για την εμπλοκή του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων και την καθιέρωση καλής συνεργασίας μεταξύ της ομάδας ασθενών, της οικογένειας και της πολυεπαγγελματικής ομάδας. Σύμφωνα με τους Nagel και Penner (2016), όταν ο ίδιος ο ασθενής συμμετέχει ενεργά στην διαδικασία λήψης αποφάσεων, τα αποτελέσματα είναι καλύτερα για την υγεία του. Ωστόσο, μόνο οι νοσηλευτές που έχουν γνώσεις για την ψυχική υγεία, κατάλληλες δεξιότητες και επαρκή εξοικείωση με τα προγράμματα τηλεϊατρικής θα είναι σε θέση να παρέχουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Ποιοτική έρευνα

Ένα από τα σημαντικότερα θέματα κατά την διεξαγωγή μιας ποιοτικής έρευνας είναι η επιλογή του ερευνητικού ερωτήματος, κάτι το οποίο προκύπτει από τα ενδιαφέροντα του κάθε ερευνητή φυσικά. Εκτός από τα ενδιαφέροντά του, σημαντικό ρόλο κατέχουν οι εμπειρίες του και φυσικά το σύστημα αξιών που τον διακατέχει. Ρόλο επίσης έχουν και οι «αντικειμενικοί» 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).

Χωρίς καμία αμφιβολία, καθένας από τους παραπάνω παράγοντες έδωσε την ώθηση για να διερευνηθεί η παρούσα μελέτη περίπτωσης. Το περιστατικό αυτό ατόμου με κατάθλιψη προέκυψε από την προσωπική μου εμπειρία στα πλαίσια της πρακτικής μου άσκησης στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (Π.Γ.Ν.Ι). Εκεί ήρθα σε επαφή με διάφορα περιστατικά από διάφορους τομείς. Ιδιαίτερη εντύπωση όμως μου έκανε το κλίμα στο Τμήμα της Ψυχιατρικής. Παρατηρώντας τους ασθενείς γύρω μου καθώς και τους νοσηλευτές της μονάδας να εργάζονται συνειδητοποίησα τις διαστάσεις που είχε πάρει η κατάθλιψη, μια νόσος που πλήττει όλο και περισσότερο κόσμο. Στην συνέχεια, και μέσα απ' την βιβλιογραφική ανασκόπηση και την εκπόνηση της παρούσας πτυχιακής εργασίας κατέστη σαφές ότι παρόλο που υπάρχει έντονο ενδιαφέρον από την πλευρά της επιστημονικής κοινότητας γύρω από αυτό το θέμα, δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες ποιοτικού χαρακτήρα οι οποίες θα μπορούσαν να αναδείξουν με μεγαλύτερη σαφήνεια τα συναισθήματα αυτών των ατόμων αλλά και τους λόγους που οι ίδιοι επικαλούνται για αυτά τα συναισθήματα.

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

Ο Γ. γεννήθηκε στο Ναύπλιο στις 25/5/1987 και είναι 31 ετών. Προέρχεται από οικογένεια μεσαίας κοινωνικής τάξης. Τα τελευταία χρόνια ζει στην πόλη αυτή μαζί με τη σύζυγό του την οποία παντρεύτηκε λίγους μήνες πριν. Γενικά ως άνθρωπος είναι εσωστρεφής. Δεν έχει διατηρήσει πολλές φίλιες και προτιμά να περνά την ώρα του παίζοντας παιχνίδια στον υπολογιστή. Ωστόσο, λίγο καιρό πριν το γάμο έχασε τη δουλειά του λόγω των περικοπών που αναγκάστηκε να κάνει η εταιρία στην οποία εργαζόταν. Έκτοτε εργάζεται περιστασιακά σε δουλειές που βρίσκει.

Ο Γ. είναι ένας άνδρας μέτριου αναστήματος με καστανά μάτια και μαύρα μαλλιά. Αμελεί τον εαυτό του και συχνά φαίνεται να είναι βυθισμένος στις

σκέψεις του. Δεν είναι ιδιαίτερα κοινωνικός και επιλέγει να απομονώνεται. Συνεχώς διατείνεται ότι κανείς δεν μπορεί να τον καταλάβει και να έρθει στην θέση του, γι αυτό και επιλέγει να κλείνεται στον εαυτό του. Αισθάνεται ότι βιώνει μια πρωτόγνωρη κατάσταση και κανείς δε γνωρίζει πώς να τον βοηθήσει. Στην απόσυρση αυτή συνηγορούν εκτός από τα αισθήματα απομόνωσης και οι ενοχές που τον καταλαμβάνουν. Αισθάνεται λοιπόν τύψεις για την κατάσταση αυτή και αντιλαμβάνεται την μοναξιά ως κάποιας μορφής αυτοτιμωρίας που υποχρεούται να επιβάλλει στον εαυτό του. Στην κοινωνική αλλοτρίωση συμβάλλει και ο φόβος της απόρριψης. Το άτομο διστάζει να επικοινωνήσει με τους γύρω του από το φόβο μήπως του το αρνηθούν επειδή είναι άνεργος και δεν μπορεί να προσφέρει στο σπίτι του και στην γυναίκα του η οποία εργάζεται σε τρεις διαφορετικές δουλειές για να τα βγάλουν πέρα. Με αυτό τον τρόπο ο Γ. περιπλέκει περαιτέρω τις διαπροσωπικές του σχέσεις, γεγονός που προκαλεί σημαντικό αντίκτυπο.

Η οικογένεια και κυρίως η σύζυγός του είναι που αντιμετωπίζει τις μεγαλύτερες δυσκολίες εξαιτίας αυτής της κατάστασης. Τα αρνητικά συναισθήματα έχουν κυριεύσει την καθημερινότητά του και η ελπίδα έχει πλέον σβήσει παρά το νεαρό της ηλικίας του. Ο Γ. αισθάνεται πως παρά το γεγονός ότι διανύει μόλις την Τρίτη δεκαετία της ζωής του, όλα έχουν τελειώσει. Η εσωστρέφεια και οι ώρες που περνά κλεισμένος στο δωμάτιό του τον κάνουν να πιστεύει όλο και περισσότερο πως δεν υπάρχει κάποιος λόγος για ευτυχία. Το άγχος και η θλίψη τον έχουν καταβάλλει. Μιλώντας μαζί του στα πλαίσια της διαδικασίας της νοσηλευτικής εκτίμησης, ο Γ. δήλωσε ότι τον τελευταίο μήνα αντιμετωπίζει σοβαρά προβλήματα με τον ύπνο και την όρεξή του. Τα ωράριά του είναι ακατάστατα και η αδυναμία τον έχει καταβάλλει. Δεν είναι σε θέση να παίρνει αποφάσεις, ενώ δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και σε πιο σοβαρά ζητήματα. Τον απασχολεί πολύ το γεγονός ότι ο κοινωνικός περίγυρος δεν ενδιαφέρεται να τον βοηθήσει να βρει μια δουλειά και να ισορροπήσει, την ώρα που είναι σίγουρος πως δεν θα βρει ποτέ κάποια δουλειά και πως ο περίγυρός του τον σχολιάζει αρνητικά που κάθεται στο σπίτι όλη μέρα.

Το άγχος που τον έχει καταβάλει του δημιουργεί αναπνευστική δυσκολία ενώ δεν έχει διαύγεια. Παρόλο που η σύζυγός του τον προτρέπει να ξεκινήσει κάποια δραστηριότητα όπου θα μπορεί να βρει ξανά τον εαυτό του. Τίποτα δεν του προσφέρει πλέον κίνητρα και ευχαρίστηση. Καθώς ο ασθενής αδυνατεί ή αδιαφορεί να συμμετάσχει στις καθημερινές, λειτουργικές ανάγκες του σπιτιού υπάρχει κίνδυνος να προκληθούν εντάσεις μεταξύ των υπολοίπων μελών. Δεδομένου ότι επιφορτίζονται με αυξημένες αρμοδιότητες και υποχρεώσεις γίνονται ευερέθιστοι και ευάλωτοι σε συναισθηματικές εξάρσεις. Πέρα από αυτό όμως, συχνά καταλαμβάνονται από αισθήματα ενοχής καταλογίζοντας υπαιτιότητα στον εαυτό τους για τον άνθρωπο τους. Κατηγορούν τους εαυτούς τους που δεν αντιλήφθηκαν εγκαίρως τον κίνδυνο και τώρα υφίστανται τις συνέπειες. Ένας άλλος τομέας που δε μένει ανεπηρέαστος είναι η εργασία του άτομου επιφέροντας τις ανάλογες οικονομικές επιπτώσεις. Αυτό γίνεται και στην περίπτωση του Γ. ο οποίος τον τελευταίο καιρό, όπως αναφέρει η σύζυγός του, είναι επιρρεπής σε τσακωμούς και εντάσεις, προκαλεί καυγάδες και επιμένει να κατηγορεί τον εαυτό του. Ο Γ. εξομολογείται ότι νιώθει αδύναμος, απογοητευμένος από την ζωή του, ενώ κάνει λόγο για την διαρκή ατονία που αισθάνεται και την θλίψη. Συχνά έχει πονοκεφάλους και αισθάνεται έντονο πόνο. Η κόπωση είναι επίσης ένα συχνό χαρακτηριστικό. Η όρεξή του έχει μειωθεί, τα ενδιαφέροντά του το ίδιο ενώ πολλές φορές λέει ότι η ζωή δεν έχει κάποιο νόημα. Δυσκολεύεται να κοιμηθεί, υποφέροντας από αυπνία ενώ αν τελικά τα καταφέρει και κοιμηθεί αλλά ξυπνήσει στην διάρκεια της νύχτας δύσκολα ξανακοιμάται. Άλλες πάλι φορές οι ώρες που κοιμάται είναι αμέτρητες. Πρόκειται για το σύνδρομο της υπερυπνίας, κατά την οποία ο ασθενής αφιερώνει πολλές ώρες στον ύπνο τόσο τη νύχτα όσο και την ημέρα.

Στόχοι φροντίδας

Μελετώντας το ιστορικό και τις ανάγκες του ασθενούς άρχισαν να τίθενται οι κατάλληλοι στόχοι. Επιλέχθηκε αρχικά η μέθοδος της ψυχοθεραπείας στα

πλαίσια της μη φαρμακολογικής θεραπείας. Κατ επέκταση κανονίστηκαν συνεδρίες με ψυχίατρο και ειδικό ψυχολόγο. Μέσα από αυτή την προσπάθεια ο ασθενής θα γνωρίσει καλύτερα τον εαυτό του, θα αποδεχθεί τα μειονεκτήματα και τα προτερήματά τους και φυσικά θα μάθει να διαχειρίζεται την νόσο με στόχο την ίαση και την αυτοδιαχείριση. Ως επαγγελματίες υγείας, προσεγγίσαμε εξίσου την οικογένεια προκειμένου να εξηγήσουμε την φύση της κατάστασής του αλλά και τις απαιτήσεις της νόσου αυτής. Η οικογένεια σταδιακά λαμβάνει την κατάλληλη εκπαίδευση προκειμένου να βοηθήσει τον άνθρωπό της και να του συμπαρασταθεί στο δύσκολο αυτό ταξίδι. Στόχος για όλους είναι μια καλύτερη ποιότητα ζωής σε καθημερινή βάση.

Ο ασθενής λοιπόν ενθαρρύνεται να κάνει το επόμενο βήμα στη ζωή του και να σταθεί στα πόδια του. Μέσα από τις κατάλληλες παρεμβάσεις και φυσικά την κατάλληλη εκπαίδευση η κατάστασή του θα βελτιώνεται όλο και περισσότερο χρόνο με το χρόνο.

Βιβλιογραφία

1. Aas, M., Henry, C., Andreassen, O. A., Bellivier, F., Melle, I., & Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorders. *Int.J.Bipolar Disord.*, 4(1), 2-015-0042.
2. Abdel-Khalek, A. (2012). Subjective Well-being and Religiosity: a cross-sectional study with adolescents, young and middle aged adults. *Mental health, religion & culture*, 15 (1), 39-52.
3. 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.
4. Aledavood, T., Triana Hoyos, A., Alakörkkö, T., Kaski, K., Saramäki, J., Isometsä, E. and Darst, R. (2017). Data Collection for Mental Health Studies Through Digital Platforms: Requirements and Design of a Prototype. *JMIR Research Protocols*, 6(6), p.e110.
5. American Psychiatric Association (2013) *American Psychiatric Association, 2013. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*, *American Journal of Psychiatry*.
6. Anderson P, McDaid D, Basu S, Stuckler D. (2011). Impact of economic crises on mental health. . Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
7. Andrews G, Poulton R & Skoog I. (2005). Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? *Br J Psychiatry*;187:495-6.
8. Angst J, Azorin JM, Bowden CL, Perugi G, Vieta E, Gamma A, Young AH (2011) Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Arch Gen Psychiatry* 68:791–798.

9. Aragonès, E., López-Cortacans, G., Badia, W., Hernández, J., Caballero, A. and Labad, A. (2008). Improving the Role of Nursing in the Treatment of Depression in Primary Care in Spain. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(4), pp.248-258.
10. Araujo, SM., de Bruin, V.M., Daher, Ede F., Almeida, G.H., Medeiros, C.A., & de Bruin, P.F. (2012). Risk factors for depressive symptoms in a large population on chronic hemodialysis. *Int Urol Nephrol*, 44,1229-1235.
11. Bennett, L. (2012). Adolescent Depression: Meeting Therapeutic Challenges through an Integrated Narrative Approach. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 25 (4), 184-194
12. Ben-Zeev, D., Scherer, E., Wang, R., Xie, H. and Campbell, A. (2015). Next-generation psychiatric assessment: Using smartphone sensors to monitor behavior and mental health. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 38(3), pp.218-226
13. Blanco, C., Rubio, J., Wall, M., Wang, S., Jiu, C. J., & Kendler, K. S. (2014, September). Risk factors for anxiety disorders: Common and specific effects in a National sample. *Depress Anxiety*, 31(9), 756-764.
14. Brown GW, Harris T. Social Origins of Depression. A Study of Psychiatric Disorders in Woman. London: Tavistock; 1978.
15. Celano CM & Huffman JC. (2011). Depression and cardiac disease: a review. *Cardiol Rev.* 19(3):130-42.
16. Carr, A. (2016). *Handbook of child and adolescent Clinical psychology: A contextual approach (3 ed.)*. New York: Routledge.
17. Carrellas, N. W., Biederman, J., & Uchida, M. (2017). How prevalent and morbid are subthreshold manifestations of major depression in adolescents? A literature review. *Journal of Affective Disorders*, 210, 166-173.

18. Chan M.F, Chan E.A. & Mok E. (2010). Effects of music on depression and sleep quality in elderly people: A randomised controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 18, 150-159
19. Chan M.F., Wong Y., Onishi H. & Thayala N.V. (2011). Effects of music on depression in older people: a randomized control trial. Blackwell Publishing Ltd. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 776-783.
20. Chapman, S. (2012) Nurses should urge parents to trust their instincts about their child, *Nursing Children and Young People*. 24, 3. 11
21. Coast E, et al. (2012). Poverty and postnatal depression: a systematic mapping of the evidence from low and lower middle income countries. *Health & Place*. 18(5):1188–1197.
22. Cohen S, Janicki-Deverts D, Miller GE. (2007). Psychological stress and disease. *Journal of the American Medical Association*. 298(14):1685–1687.
23. Cortina, M. A., Sodha, A., Fazel, M., & Ramchandani, P. G. (2012). Prevalence of Child Mental Health Problems in Sub-Saharan Africa: A systematic review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 166(3), 276-281.
24. Dunner DL. (2005). Dysthymia and double depression. *Int Rev Psychiatry*. 17:3–8
25. Edirippulige S. (2009) Changing Role of Nurses in the Digital Era: Nurses and Telehealth. In: Yogesan K., Bos L., Brett P., Gibbons M.C. (eds) Handbook of Digital Homecare. Series in Biomedical Engineering. Springer, Berlin, Heidelberg
26. Fox, E. (2008). Emotion Science: Cognitive and Neuroscientific Approaches to Understanding Human Emotions: An Integration of Cognitive and Neuroscientific Approaches. NY: Palgrave Macmillan.

27. Gelaye B, et al. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(10):973–982.
28. Gilbody SM, Whitty PM, Grimshaw JM, Thomas RE. Improving the detection and management of depression in primary care. *Qual Saf Health Care*. 2003;12(2):149–155.
29. González-Pinto A, Galán J, Martín-Carrasco M, Ballesteros J, Maurino J, Vieta E (2012) Anxiety as a marker of severity in acute mania. *Acta Psychiatr Scand* 126:351–355
30. Hasler G. (2010) “Pathophysiology of depression: do we have any solid evidence of interest to clinicians?” *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 9, 3, Pages 155–161
31. Health Quality Ontario McM Martin Kristen Gajic-Veljanoski Olga Wells David Higgins Caroline Walter Melissa, McM Martin, K., Gajic-Veljanoski, O., Wells, D., Higgins, C., & Walter, M. (2017). Psychotherapy for Major Depressive Disorder and Generalized Anxiety Disorder: A Health Technology Assessment. *Ontario Health Technology Assessment Series*, 17(15), 1–167.
32. Hedayati, S.S. & Finkelstein, F.O. (2009). Epidemiology, diagnosis, and management of depression in patients with CKD, *American journal of kidney diseases*, 54, 741- 752.
33. Hidaka, B. H. (2012). Depression as a disease of modernity: explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*, 140(3), 205–214.
34. Higgs J, Ajjawi R, McAllister L, Trede F, Loftus S (2008) *Communicating in Health Sciences (2nd Ed)*. Oxford University Press, New York.

35. Hitchcock, G. & Hughes, D., (1989). «Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research», London, Routledge.
36. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL. Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 2002 Mar;16(2):81-97
37. Jenkins R, Baingana F, Ahmad R, McDaid D, Atun R. (2011) International and national policy challenges in mental health. *Mental Health in Family Medicine* 8:101-114.
38. Joyce AT, Smith P, Khandker R, Melin JM, Singh A (2009). Hidden cost of rheumatoid arthritis (RA): estimating cost of comorbid cardiovascular disease and depression among patients with RA. *J Rheumatol.* ;36(4):743-52.
39. Kerie, S., Menberu, M., & Niguse, W. (2018). Prevalence and associated factors of postpartum depression in Southwest, Ethiopia, 2017: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, 11, 623.
40. Kessler, R. and Bromet, E. (2013). The Epidemiology of Depression Across Cultures. *Annual Review of Public Health*, 34(1), pp.119-138.
41. Kinser, P. A., & Lyon, D. E. (2013). Major Depressive Disorder and Measures of Cellular Aging: An Integrative Review. *Nursing Research and Practice*, 2013, 469070.
42. Kupfer DJ, Frank E, Phillips ML. (2012). Major depressive disorder: new clinical, neurobiological, and treatment perspectives. *The Lancet*. 2012;379(9820):1045–1055.
43. Langlieb AM & DePaulo JR. (2008). Etiology of depression and implications on work environment. *J Occup Environ Med.* ;50(4):391-5.

44. Lea, P. (2014). Factors affecting nurses' intent to assess for depression in heart failure patients. *Dimens Crit Care Nurs.* 33(6):320-6.
45. Maharaj, R. G., Alli, F., Cumberbatch, K., Laloo, P., Mohammed, S., Ramesar, A., . . . Ramtahal, I. (2008, Sep). Depression among adolescents, aged 13-19 years, attending secondary schools in Trinidad: prevalence and associated factors. *West Indian Medical Journal*, 57(4), 352-9.
46. McCollough JP. (2000). Treatment for Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York: Guildford
47. National Institute of Mental Health (2012). Major depressive disorder among adults. Retrieved 5/2/2018, from www.nimh.nih.gov/statistics/1MDD_ADULT.shtml.
48. Nagendra, K., Sanjay, D., Gouli, C., Kalappanavar, N. K., & VinodKumar, C. S. (2012). Prevalence and association of Depression and Suicidal tendency among adolescent students. *International Journal of Biomedical and Advance Research*, 3(9), 714-719.
49. Nalugya-Sserunjogi, J., Rukundo, G. Z., Ovuga, E., Kiwuwa, S. M., Musisi, S., & Nakimuli-Mpungu, E. (2016). Prevalence and factors associated with depression symptoms among school-going adolescents in Central Uganda. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 10(39), 1-8.
50. National Institute for Health and Clinical Excellence 2010. Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). National Clinical Practice Guideline 90.
51. Nilsson U. (2008). The anxiety-and pain-reducing effects of music interventions: asystematic review. *Association of Operating Room NursesJournal*;87(4):780— 807

52. O'Grady, M. A., Tennen, H., & Armeli, S. (2010). Depression history, depression vulnerability and the experience of everyday negative events. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*(9), 949–974.
53. Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U., Jönsson, B. & (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology, 19*(1), 155-162.
54. Pilgrim, D., & Rogers, A. (2004). *Κοινωνιολογία της ψυχικής υγείας και ασθένειας*. Αθήνα: Τυπωθήτω.
55. Pilling, S., Anderson, I., Goldberg, D., Meader, N., Taylor, C., & On behalf of the two guideline development groups. (2009). Depression in adults, including those with a chronic physical health problem: summary of NICE guidance. *The BMJ, 339*, b4108.
56. Reynolds, J., Griffiths, K., Cunningham, J., Bennett, K. and Bennett, A. (2015). Clinical Practice Models for the Use of E-Mental Health Resources in Primary Health Care by Health Professionals and Peer Workers: A Conceptual Framework. *JMIR Mental Health, 2*(1), p.e6.
57. Ritchie, M. 2011. Psychosocial nursing care for adolescents with cancer. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 24*(3):165-175.
58. Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2009). Dysthymic Disorder: Forlorn and Overlooked? *Psychiatry (Edgmont), 6*(5), 46–51.
59. Schnall, R., Currie, L. M., Jia, H., John, R. M., Lee, N.-J., Velez, O., & Bakken, S. (2010). Predictors of Depression Screening Rates of Nurses Receiving a Personal Digital Assistant-based Reminder to Screen. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine, 87*(4), 703–712.
60. Sheldon, L. and Foust, J. (2014) *Communication for Nurses, Talking with Patients* (3 rd Ed). Jones Bartlett Education. USA
61. Subodh BN, Avasthi A, Chakrabarti S. Psychosocial impact of dysthymia: a study among married patients. *J Affect Disord. 2008;109:199–204.*

62. Sudak, D. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. *Psychiatric Clinics of North America*, 35(1), pp.99-110.
63. Theofilou, P. (2013). Medication Adherence in Greek Hemodialysis Patients: The Contribution of Depression and Health Cognitions. *Int J Behav Med*, 20, 311- 318.
64. Van Meter, A. R., & Youngstrom, E. A. (2012). Cyclothymic disorder in youth: why is it overlooked, what do we know and where is the field headed? *Neuropsychiatry*, 2(6), 509–519.
65. 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.
66. Wilkinson, G. (1992). The role of the practice nurse in the management of depression. *International Review of Psychiatry*, 4(3-4), pp.311-315.
67. Wood, E., Ohlsen, S. and Ricketts, T. (2017). What are the barriers and facilitators to implementing Collaborative Care for depression? A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 214, pp.26-43.
68. Ευθυμίου, Κ., & Ψωμά, Μ. (2012). Το γνωσιακό - συμπεριφορικό πρόγραμμα ομαδικής θεραπείας της κατάθλιψης του Lewinsohn: Δομή, Εφαρμογή και Αποτελεσματικότητα του προγράμματος. *Εγκέφαλος*, 49, 60-66
69. Μάνος Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.
70. Σταθάρου, Α., Μπερκ, Α., Γαλάτου, Χ. (2012). Ψυχο-εκπαίδευση, εκπαίδευση και θεραπεία οικογένειας ψυχικά ασθενών. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*, 4(4), 136-140.
71. Στεφανής, Κ., & συνεργ. (1973). *Θέματα ψυχιατρικής*. Αθήνα: Συμμετρία.
72. Τσιριντάνη, Μ., Γιοβάνης, Α., Μπινιώρης, Σ. & Γούλα, Α. (2010). Μια νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας

υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών, Νοσηλευτική, 49(1), 40-52.

73. Φώσκολος, Δ. (2011). *Στρες, Κατάθλιψη και Alzheimer: Το τρίγωνο της λήθης*. Εγκέφαλος, 48, 131-136.