

ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

***“ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ
ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.
Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ
ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ”***

ΚΑΡΑΝΑΣΙΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ

ΛΑΖΑΡΙΔΟΥ ΡΩΞΑΝΗ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ

2012

ΝΕΟΤΕΡΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ ΣΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ ΩΣ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΥΤΗ.

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:Κ. ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ

**ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ:Κ.ΚΟΥΚΟΥΡΙΚΟΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ
Κ.ΤΣΑΛΟΓΛΙΔΟΥ ΑΡΕΤΗ
Κ. ΚΑΖΑΚΟΣ ΚΥΡΙΑΚΟΣ**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	6
Κεφάλαιο 1. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ	
1.1 Συμπτώματα κατάθλιψης.....	8
1.2 Αίτια κατάθλιψης.....	10
1.3 Θεραπεία κατάθλιψης.....	12
1.4 Παρενέργειες αντικαταθλιπτικών φαρμάκων.....	16
Κεφάλαιο 2. ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	
2.1 Διπολική διαταραχή τύπου 1 (Μανία).....	18
2.2 Διπολική διαταραχή τύπου 2 (Υπομανία).....	19
2.3 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή.....	21
2.4 Επιλόχεια κατάθλιψη.....	23
2.5 Δυσθυμία.....	25
2.6 Ψυχωτική διαταραχή.....	26
2.7 Κυκλοθυμική διαταραχή.....	28
2.8 Εποχιακή διαταραχή.....	29
Κεφάλαιο 3. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΟ ΚΑΙ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ	
3.1 Παιδική, βρεφική και εφηβική κατάθλιψη.....	30
3.2 Γυναίκες και κατάθλιψη.....	33
3.3 Άνδρες και κατάθλιψη.....	35
3.4 Ηλικιωμένοι και κατάθλιψη.....	37
Κεφάλαιο 4. ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	
4.1 Το αυτοκτονικό άτομο.....	40
4.2 Ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις.....	42
4.3 Κατάθλιψη και μνήμη.....	43
4.4 Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης στο σώμα.....	45
Κεφάλαιο 5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ	
5.1 Διάγνωση της κατάθλιψης και φυσικές εργαστηριακές εξετάσεις...46	

5.2 Διάγνωση της κατάθλιψης από τους ειδικούς ιατρούς.....	48
5.3 Τα συστήματα ταξινόμησης.....	51
5.4 Μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο.....	53
5.5 Διάγνωση της κατάθλιψης με την εξέταση αίματος.....	54

Κεφάλαιο 6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

6.1 Νοσηλευτική εκτίμηση.....	55
6.2 Ανάλυση και νοσηλευτική διάγνωση.....	56
6.3 Σχεδιασμός νοσηλευτικής παρέμβασης και προκαθορισμός αναμενόμενου αποτελέσματος.....	57
6.4 Εφαρμογή του νοσηλευτικού πλάνου.....	58
6.5 Αξιολόγηση αποτελέσματος.....	61

Κεφάλαιο 7. Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ

7.1 Πρόλογος.....	62
7.2 Εισαγωγή.....	64
7.3 Ατομική ψυχοθεραπεία.....	66
7.4 Ομαδική ψυχοθεραπεία.....	67
7.5 Οικογενειακή ψυχοθεραπεία.....	69
7.6 Γνωστική ψυχοθεραπεία.....	71
7.7 Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία.....	72
7.8 Γνωστική και Συμπεριφοριστική Ψυχοθεραπεία.....	74
7.9 Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία.....	75

Κεφάλαιο 8. ΕΙΔΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

8.1 Ο νοσηλευτής και οι ενήλικες με ψυχικές διαταραχές και διαταραχές διάθεσης.....	77
8.2 Ο νοσηλευτής και τα παιδιά.....	79
8.3 Ο νοσηλευτής και ο έφηβος.....	80
8.4 Ο νοσηλευτής και οι ηλικιωμένοι.....	82
8.5 Ο νοσηλευτής και τα άτομα με αυτοκτονικές τάσεις.....	84

Κεφάλαιο 9. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

9.1 Αίτια κατάθλιψης.....	87
9.2 Ηλικία και κατάθλιψη.....	88

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ.....	89
------------------------	-----------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	91
---------------------------	-----------

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κατάθλιψη αποτελεί μια από τις συχνότερες ψυχικές διαταραχές που μπορεί να εμφανιστεί σε όλες τις ηλικίες, χωρίς να κάνει διακρίσεις στο φύλο, την οικονομική ή κοινωνική κατάσταση του καθενός. Εκατομμύρια άνθρωποι σε όλο τον κόσμο υποφέρουν από κατάθλιψη και υπολογίζεται ότι ένας στους δέκα ανθρώπους θα νοσήσει σε κάποια φάση της ζωής του. Τα ποσοστά των καταθλιπτικών ασθενών αυξάνονται συνεχώς και οι επιστήμονες εκτιμούν ότι μέχρι το 2020 η κατάθλιψη θα συνιστά τη δεύτερη συχνότερη σοβαρή ασθένεια παγκοσμίως μετά το AIDS (*Kennedy GJ., Kelman HR., Thomas C. 2001*). Η διάγνωση της είναι επιβεβλημένη καθώς είναι μια ασθένεια που με την έγκαιρη και σωστή παρέμβαση μπορεί να θεραπευτεί. Εξίσου αναγκαία όμως είναι και η διερεύνηση των αιτίων που την προκαλούν. Πληθώρα ερευνητών σε όλο τον κόσμο προσπαθούν να ανιχνεύσουν τα βιολογικά αίτια της νόσου και να δημιουργήσουν νέα φαρμακευτικά σκευάσματα με μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχούς αντιμετώπισης της νόσου και λιγότερες ανεπιθύμητες παρενέργειες. Είναι εντυπωσιακό το γεγονός ότι παρά τα μεγάλα ποσοστά ασθενών από κατάθλιψη, σε πολλές περιπτώσεις η διάγνωση γίνεται με μεγάλη καθυστέρηση και συχνά συγχέεται με παρεμφερείς ψυχικές διαταραχές (*Katon W., Schulberg H. 2002*). Αυτός είναι και ένας από τους λόγους που επιλέξαμε το συγκεκριμένο θέμα της παρούσας εργασίας. Η κατάθλιψη είναι μια ασθένεια που επιδέχεται πολυεπίπεδη θεώρηση και απαιτεί να επικεντρωθούμε στους τρόπους βελτίωσης της ψυχολογίας των ασθενών. Ο ρόλος του νοσηλευτή χρειάζεται επομένως να προσαρμοστεί στα νέα δεδομένα.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κατάθλιψη συνιστά μια πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από τα αρχαία ακόμη χρόνια. Στην αρχαία Ελλάδα λεγόταν «μελαγχολία» και θεωρούνταν μια αρρώστια του πνεύματος και της ψυχής. Ο Ιπποκράτης την ερμήνευε ως μια πνευματική κατάσταση μακροχρόνιων φοβιών και την απέδιδε στην υπερβολική ποσότητα μέλαινας (μαύρης) χολής στο σπλήνα. Οι Ρωμαίοι εστίαζαν στα πνευματικά αίτια της ασθένειας, ενώ στο Μεσαίωνα τη θεωρούσαν επακόλουθο της δαιμονοποίησης. Μετά την Αναγέννηση και το Διαφωτισμό άρχισαν να αναπτύσσονται ορθολογικές ερμηνείες σχετικά με την αιτιολογία της. Από το 19^ο αιώνα και μετά οι ψυχίατροι χρησιμοποίησαν πρώτη φορά τον όρο «κατάθλιψη» νοώντας μια ψυχική διαταραχή.

Και πράγματι, η κατάθλιψη ορίζεται ως η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του άτομου που συνοψίζεται σε μια κατάσταση παθολογικής θλίψης κατά την οποία συντελείται επιβράδυνση των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Συνιστά ψυχική διαταραχή που ανήκει στην ομάδα των διαταραχών διάθεσης. Συχνά παρατηρείται σύγχυση μεταξύ της φυσιολογικής θλίψης και της κλινικής κατάθλιψης. Γι αυτό το λόγο στην παρούσα εργασία γίνεται λεπτομερής αναφορά των συμπτωμάτων αλλά και των διαφόρων τύπων της νόσου που την ξεχωρίζουν από τις υπόλοιπες ασθένειες.

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

Η εργασία δομείται σε δυο βασικά μέρη. Στα κεφάλαια 1 ως 5 παρουσιάζεται η κατάθλιψη και η αντιμετώπισή της και στα κεφάλαια 6 ως 8 γίνεται λόγος για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε καταθλιπτικό ασθενή και στις μορφές ψυχοθεραπείας που

συμβάλλουν επίσης στην αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Αρχικά αναφέρονται γενικά τα συμπτώματα και τα κυριότερα αίτια της ασθένειας, ενώ καταγράφονται και οι κυριότεροι τρόποι θεραπείας της. Εξετάζονται επίσης όλοι οι τύποι της κατάθλιψης καθώς και ο συσχετισμός της αναφορικά με τα φύλα και την ηλικία. Στη συνέχεια καταγράφονται οι επιπτώσεις της και εξετάζονται οι πιθανοί τρόποι διάγνωσης της λαμβάνοντας υπόψη τις τελευταίες και πιο πρόσφατες επιστημονικές εξελίξεις. Τέλος παρατίθενται οι διάφοροι τύποι ψυχοθεραπείας και γίνεται λόγος για τη νοσηλευτική παρέμβαση σε όλους τους «πιθανούς» καταθλιπτικούς ασθένειες. Ακόλουθη η εξαγωγή των συμπερασμάτων και η βιβλιογραφία που χρησιμοποιήθηκε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Στο παρόν κεφάλαιο παρατίθενται τα συμπτώματα της νόσου και καταγράφονται τα αίτια της. Αναφέρονται επίσης όλες οι προτεινόμενες θεραπείες μεταξύ των οποίων και τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Ωστόσο όπως ισχύει για όλα τα φάρμακα, έτσι και τα αντικαταθλιπτικά δεν είναι πανάκεια. Επομένως, παρατίθενται σε ξεχωριστό υποκεφάλαιο και οι κυριότερες παρενέργειες τους.

1.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη εκδηλώνεται με συμπτώματα τόσο σε συναισθηματικό – νοητικό επίπεδο όσο και σε σωματικό επίπεδο. Τα κυριότερα συμπτώματα της κατάθλιψης σε συναισθηματικό - νοητικό επίπεδο είναι τα ακόλουθα ((Σκαπινάκης Π. 2003). :

Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη νιώθει μια ανεξήγητη οδύνη και θλίψη. Είναι συναισθηματικά ευάλωτο σε οποιοδήποτε ερέθισμα του περιβάλλοντος του και ξεσπάει σε κλάματα οποιαδήποτε στιγμή άνευ ουσιώδους λόγου και αιτίας. Αισθάνεται ότι κανείς δεν μπορεί να τον κατανοήσει και μη μπορώντας να εξηγήσει τι του συμβαίνει κλείνεται στον εαυτό του, στενοχωριέται και εκνευρίζεται με το παραμικρό.

Έλλειψη ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα. (M.Smith ,MA, Saisan I., ΔΣΑ, J.Seagal, Ph.D. 2011). Αυτό γίνεται ιδιαίτερα εμφανές στην καθημερινότητα του ασθενούς. Πέρα από το ότι δεν θέλει να ασχοληθεί με δραστηριότητες που γέμιζαν τον ελεύθερο χρόνο του και του προσέφεραν ευχαρίστηση, δεν έχει διάθεση να πάει στη δουλειά, να ψωνίσει, να ασχοληθεί με δουλειές του σπιτιού, να φροντίσει τα αγαπημένα του πρόσωπα. Εδώ αξίζει να αναφερθεί και η απώλεια της ερωτικής επιθυμίας. Δεν υπάρχει τίποτε που να του δημιουργεί κίνητρο ώστε να δραστηριοποιηθεί. Αυτό που θέλει είναι να κάθεται ή να ξαπλώνει χωρίς να κάνει απολύτως τίποτε.

Απαισιόδοξες και αρνητικές σκέψεις. Αν δώσουμε σε ένα άτομο που πάσχει από κατάθλιψη ένα πινέλο για να ζωγραφίσει, το μοναδικό χρώμα που θα χρησιμοποιήσει θα είναι το μαύρο. Έτσι βλέπει τα πράγματα γύρω του. Νιώθει ότι όλα οδεύουν από το κακό στο χειρότερο. Ακόμη και αν δεν ισχύει κάτι τέτοιο, για αυτόν η κατάσταση θεωρείται μη

αναστρέψιμη. Ακόμη και αν όλοι του λένε ότι τα πράγματα θα αλλάξουν αυτός νιώθει παραίτηση και απελπισία.

Ιδέες θανάτου και αυτοκτονίας. (Schimelpfening 2011). Ο ασθενής νιώθοντας ανήμπορος και απελπισμένος καθώς έχει περιέλθει σε τέλμα, βλέπει το θάνατο ως τη μοναδική διέξοδο στο αδιέξοδο του. Κυριεύεται από την ιδέα του θανάτου και εξετάζει πιθανά σενάρια αυτοκτονίας. Η ιδέα της αυτοκτονίας τον ανακουφίζει και φαντάζει ως αχτίδα φωτός στο τούνελ που έχει εισέλθει.

Αισθήματα ενοχής και απαξίωσης. Το καταθλιπτικό άτομο επιρρίπτει συνεχώς κατηγορίες στον εαυτό του και επικρίνει τη συμπεριφορά του. Νιώθει ένοχο απέναντι στα πρόσωπα του περιβάλλοντος του και φτάνει στο σημείο να κατηγορεί τον ίδιο του τον εαυτό ακόμη και για σφάλματα άλλων. Ακόμη καταλαμβάνεται από αραιωτικά για τον ίδιο αισθήματα, νιώθει ότι δεν αξίζει τον σεβασμό, την εκτίμηση και την αγάπη των γύρω του.

Έλλειψη συγκέντρωσης, μνήμης και αδυναμία λήψης αποφάσεων. Ο ασθενής δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί και να επικεντρωθεί σε κάτι, ξεχνάει εύκολα και αδυνατεί να πάρει αποφάσεις ακόμη και για ασήμαντα ή καθημερινά θέματα.

Ανησυχία και άγχος. (ΕΠΙΨΥ 2010) Το άτομο που βιώνει κατάθλιψη νιώθει ένα ανεξήγητο άγχος και καταλαμβάνεται από την ιδέα ότι κάτι κακό μπορεί να συμβεί. Δεν μπορεί να χαρεί καθώς ανησυχεί για καθετί.

Τάσεις απομόνωσης. Το άτομο κλείνεται στον εαυτό του αφού έχει την εντύπωση ότι κανείς δεν μπορεί να τον καταλάβει. Νιώθει μόνος ακόμη και αν βρίσκεται μαζί με άλλα άτομα. Ακόμη μάλιστα και όταν κάποιος ενδιαφερθεί η θελήσει να τον προσεγγίσει εκείνος εκνευρίζεται και αρνείται κάθε είδους βοήθεια.

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

Πόννοι στις αρθρώσεις και στα άκρα, οσφυαλγία. Πρόκειται για πόνους που συνοδεύουν συχνά την κατάθλιψη , ενώ αν προϋπήρχαν γίνονται ιδιαίτερα έντονοι. Το άτομο παρουσιάζει πόνους στον αυχένα, στα άκρα, στην πλάτη ακόμη και στο θώρακα.

Πονοκέφαλοι και ημικρανίες. Το άτομο ενοχλείται από σχεδόν καθημερινούς και ενίοτε ισχυρούς πονοκέφαλους. Υποφέρει από συχνές ζαλάδες κατά το μεγαλύτερο μέρος της μέρας.

Προβλήματα στο πεπτικό σύστημα.(Otherside 2010). Εδώ ανήκουν ο πόνος ή το αίσθημα « καψίματος» στο στομάχι, οι ναυτίες, η διάρροια, η χρόνια δυσκοιλιότητα καθώς και το σύνδρομο του ευερέθιστου έντερου.

Προβλήματα ύπνου. Οι διαταραχές στον ύπνο μπορεί να εκδηλωθούν είτε ως αϋπνία δηλαδή δυσκολία του άτομου να κοιμηθεί, είτε ως υπέρπνοια, δηλαδή ανάγκη για υπερβολικό ύπνο και δυσκολία αφύπνισης.

Διατροφικές διαταραχές. (Mark Tyrell 2011). Η αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες είναι ιδιαίτερα εμφανής. Παρατηρείται απώλεια όρεξης που οδηγεί στην απώλεια σωματικού βάρους. Από την άλλη πλευρά μπορεί να συμβεί και το εντελώς αντίθετο, δηλαδή το άτομο να παρουσιάζει όρεξη για συγκεκριμένες τροφές, πλούσιες σε υδατάνθρακες και έτσι το βάρος του να αυξηθεί σημαντικά.

Αισθήματα κόπωσης και αδυναμίας. Ο ασθενής νιώθει εξάντληση και χάνει την ενεργητικότητα του ακόμη και από τις πρώτες πρωινές ώρες. Κουράζεται εύκολα ακόμη κι όταν επιδοθεί σε καθημερινές δραστηριότητες του.

Προβλήματα κίνησης. Το καταθλιπτικό άτομο δυσκολεύεται να κινηθεί, να περπατήσει, ακόμη και να σηκωθεί και έτσι προτιμά την ακινησία. Η διάθεση «ακινησίας» μπορεί να επεκταθεί και στον τρόπο ομιλίας, όπου το άτομο μιλά με αργό ρυθμό και μονότονα, αδυνατώντας συχνά να ολοκληρώσει τη φράση του. Αξίζει ωστόσο να επισημανθεί ότι ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων προτιμούν τη συνεχή κίνηση και την ορθοστασία καθώς αδυνατούν να μείνουν ήρεμα για πολλή ώρα σε ένα συγκεκριμένο σημείο.

Σεξουαλική δυσλειτουργία. Εκτός από την απώλεια ερωτικής επιθυμίας που προαναφέρθηκε στα συναισθηματικά συμπτώματα, ο ασθενής που πάσχει από κατάθλιψη ενδέχεται να εμφανίσει προβλήματα στύσης.

1.2 ΑΙΤΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Πριν καταγραφούν τα βασικότερα αίτια της κατάθλιψης είναι αναγκαίο να επισημανθεί ότι η κατάθλιψη είναι αποτέλεσμα μιας συνισταμένης παραγόντων που επηρεάζουν την ιδιοσυστασία κάθε άτομου και δρουν αλληλοσυμπληρωματικά. Οι παράγοντες αυτοί ομαδοποιούνται στις ακόλουθες κατηγορίες (*Brenda Happell, Leanne Cowin, Cath Roper and Kim Foster Rose McMaster 2008*) :

Γενετικά αίτια. Τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης εμφανίζουν περισσότερες πιθανότητες –σε συνδυασμό πάντοτε με την επίδραση και άλλων παραγόντων- να παρουσιάσουν κατάθλιψη κάποια στιγμή της ζωής τους. Αν ένα άτομο έχει κληρονομήσει μέσω των γονιδίων του χαρακτηριστικά προσωπικότητας με προδιάθεση κατάθλιψης είναι περισσότερο εκτεθειμένο στον κίνδυνο εμφάνισης της

νόσου. Από μελέτες διδύμων επίσης έχει προκύψει ότι αν ένα δίδυμο αναπτύσσει τη διαταραχή, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα, σε ποσοστό ακόμη και ως 50%, για το άλλο να επηρεαστεί.

Βιολογικά αίτια. (Κοκκώλης Κ. 2004). Τα αίτια αυτά σχετίζονται με αλλαγές στη χημεία του εγκεφάλου. Τα άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν ανισορροπίες των νευροδιαβιβαστών, δηλαδή βιοχημικών ουσιών μέσω των οποίων επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Μελέτες σε αντικαταθλιπτικά φάρμακα που δρουν στους νευρομεταβιβαστές του εγκεφάλου έδειξαν ότι αυξάνοντας τη συγκέντρωση των ουσιών αυτών στον εγκέφαλο αυξάνονται τα ποσοστά επιτυχούς αντιμετώπισης της κατάθλιψης. Ανεπάρκειες σε δυο ιδίως τέτοιες ουσίες, στη σεροτονίνη και στη νορεπινεφρίνη εμπλέκονται στη δημιουργία κατάθλιψης. Μια ανεπάρκεια στη σεροτονίνη μπορεί να ευθύνεται για διαταραχές στον ύπνο, ευερεθιστικότητα και άγχος, ενώ μειωμένη ποσότητα της νορεπινεφρίνης μπορεί να συνδέεται με αισθήματα κόπωσης, εξάντλησης και εν γένει καταθλιπτικής διάθεσης.

Περιβαλλοντικά αίτια.(Anapolis 2012). Μελέτες έχουν καταδείξει ότι παιδικά τραύματα, σημαντικές απώλειες όπως η βίωση του θανάτου ενός αγαπημένου πρόσωπου, η βίωση ενός χωρισμού, η έκθεση σε βία, οι οικογενειακές συγκρούσεις, η φτώχεια, τα οικονομικά προβλήματα, το καθημερινό άγχος αυξάνουν την πιθανότητα για άτομα που είναι ήδη επιρρεπή στην εκδήλωση κατάθλιψης να εμφανίσουν αυτή τη διαταραχή. Άτομα που ως παιδιά έχουν βιώσει σοβαρά και δύσκολα γεγονότα έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να υποστούν κατάθλιψη ως ενήλικες. Αλλά και αλλαγές στη ζωή ενός ενήλικα που οφείλονται σε εξωγενή παράγοντες συμβάλλουν στην εμφάνιση κατάθλιψης. Για παράδειγμα η απώλεια της θέσης εργασίας, η συνταξιοδότηση, το επαγγελματικό στρες, ένας γάμος, ο ερχομός ενός παιδιού δεν αφήνουν ανεπηρέαστο έναν άνθρωπο.

Ψυχολογικά αίτια. (Ρομφαία Ε. 2012). Έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, εξαρτημένα από τους άλλους, υπερβολικά ευαίσθητα, κοινωνικά απομονωμένα, ενοχικά, απαισιόδοξα, τελειομανή και μυστικοπαθή είναι ιδιαίτερα επιρρεπείς στην εκδήλωση κατάθλιψης (σε συνδυασμό πάντα με άλλους παράγοντες.)

Ιατρικές παθήσεις. (Holms L.2010). Έρευνες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι άτομα που υποφέρουν από παθήσεις όπως καρδιακά προβλήματα, καρκίνο, νόσο του Πάρκινσον και ορμονικές διαταραχές τείνουν να εμφανίσουν κατάθλιψη. Επίσης άτομα με χρόνιες ασθένειες ή άτομα με κάποια μορφή αναπηρίας διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης κατάθλιψης.

1.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Όπως ισχύει για κάθε ασθένεια έτσι και για την κατάθλιψη η θεραπεία της έχει μεγαλύτερες πιθανότητες να είναι αποτελεσματική αν ξεκινήσει έγκαιρα. Ωστόσο, και σε αυτό διαφέρει η κατάθλιψη από τις υπόλοιπες ασθένειες, το πρώτο βήμα για την εκκίνηση της θεραπείας πρέπει να γίνει από τον ίδιο τον ασθενή. Εκείνος πρέπει να αποδεχτεί τη σοβαρότητα της κατάστασης και την αναγκαιότητα αντιμετώπισης της. Επιπλέον, καθώς τα αίτια της κατάθλιψης συνιστούν συνιστάμενη πολλών παραγόντων, έτσι και η αντιμετώπιση της καθίσταται επιτυχής ύστερα από το συνδυασμό των διαφόρων ειδών θεραπείας που προτείνονται. Παρακάτω παρουσιάζονται οι κυριότεροι τύποι θεραπείας της κατάθλιψης(*Scott J. 2000, American Psychiatric Association (September 2007)*):

Φαρμακευτική αγωγή. (*Δασκαλόπουλος Θ. 2006*). Στην πρώτη γραμμή ανήκουν τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα. Υπάρχει ένας μεγάλος αριθμός αντικαταθλιπτικών. Τα τρικυκλικά φάρμακα (TCAs) όπως η αμυτριπτυλίνη και η χλωριμιπραμίνη είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα. Το ίδιο ισχύει και για τους εκλεκτικούς αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) [φλουοξετίνη, παροξετίνη, σιταλοπράμη, φλουβοξαμίνη, εσκιταλοπράμη], της μονοαμινοοξειδάσης (αναστολείς MAO) [μοκλοβεμίδη, φαινελζίνη, τρανυλκυπρομίνη] και τους αναστολείς επαναπρόσληψης νοραδρεναλίνης. Ευρείας χρήσης είναι και τα ειδικά σεροτονινεργικά αντικαταθλιπτικά (μιρταζαπίνη) καθώς επίσης και αντικαταθλιπτικά της φαινυθιλαμίνης όπως η βενλαφαξίνη (Effexor). Μια άλλη ομάδα φαρμάκων που χρησιμοποιούνται τόσο θεραπευτικά όσο και προληπτικά είναι τα ηρεμιστικά-αγχολυτικά φάρμακα και τα αντιμανιακά φάρμακα, γνωστά ως «σταθεροποιητές διάθεσης». Από τα τελευταία ευρέως χρησιμοποιούμενα είναι το λίθιο, η καρβαμαζεπίνη, το βαλπροϊκό (epilim) και το semisodium βαλπροϊκό (depakote). Το λίθιο συγκεκριμένα χρησιμοποιείται επίσης στη διπολική συναισθηματική διαταραχή(μανιοκατάθλιψη).

Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα χορηγούνται μόνο από τον ψυχίατρο στον ασθενή για όσο χρόνο απαιτεί η θεραπεία. (*NIMH 2010*). Μάλιστα αν υπάρχουν παρενέργειες επιβάλλεται η αλλαγή και αντικατάσταση τους. Το μόνο σίγουρο είναι ότι δεν είναι πανάκεια και χορηγούνται μόνο από το γιατρό για το συγκεκριμένο ασθενή. Πρέπει να επισημανθεί ότι οι παρενέργειες τους είναι συχνά πιο δυσάρεστες από την ίδια την κατάθλιψη και το ποσοστό υποτροπής είναι υψηλό.

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία. (*J.M.Grohol, Psy.D. 2010*). Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT) είναι μία θεραπεία που έχει χρησιμοποιηθεί για πολλές δεκαετίες στην κατάθλιψη. Από πολλούς θεωρείται η αποτελεσματικότερη, ταχύτερη και σε ορισμένες περιπτώσεις η μόνη σωτήρια μορφή θεραπείας λόγω της άμεσης και γρήγορης λειτουργίας της. Ωστόσο για κάποιους είναι αμφιλεγόμενη, καθώς έχει ορισμένες παρενέργειες, η σημαντικότερη εκ των οποίων θεωρείται η απώλεια μνήμης. Οι υποστηρικτές της πάντως τονίζουν ότι δεν έχει αποδειχθεί επιστημονικώς ότι προκαλεί μόνιμα προβλήματα μνήμης και πρόκειται για ένα βραχυπρόθεσμο γεγονός που παρουσιάζεται σε μικρό ποσοστό ασθενών. Η σύγχυση επίσης που μπορεί να εμφανιστεί σε κάποιους ασθενείς μετά την εφαρμογή της είναι προσωρινή. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία ενδείκνυται σε περιπτώσεις σοβαρής κατάθλιψης ή σε κατάθλιψη με έντονα τα σωματικά συμπτώματα. Πραγματοποιείται στο νοσοκομείο τρεις φορές τη εβδομάδα για διάστημα συνήθως 6-12 εβδομάδων. Η διάρκεια εξαρτάται πάντα από το κάθε μοναδικό περιστατικό. Ο ασθενής μετά από ολική αναισθησία δέχεται ηλεκτρικό ρεύμα στις κροταφικές περιοχές του εγκεφάλου. Το ρεύμα ενεργοποιεί τα νευρικά κύτταρα και στη συνέχεια προκαλείται επιληπτική κρίση για κάποια δευτερόλεπτα. Τα φαινόμενα που σχετίζονται με την κρίση είναι και αυτά που έχουν την αντικαταθλιπτική επίδραση.

Ψυχολογικές θεραπείες. Υπάρχει ένα ευρύ φάσμα ψυχολογικών θεραπειών για την κατάθλιψη (*DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD 1999*). Οι σημαντικότερες είναι ακόλουθες:

Γνωστική συμπεριφορική θεραπεία (CBT). Πρόκειται για μια ιδιαίτερα διαδομένη θεραπεία κατά την οποία ο θεραπευτής και ο ασθενής συνεργάζονται και επεξεργάζονται τις αρνητικές σκέψεις που διακατέχουν τον ασθενή. Στόχος της είναι να αποδεχτεί ο ασθενής ότι ο τρόπος που σκέφτεται επηρεάζει τη διάθεση και τη συμπεριφορά του και εναπόκειται στη θέληση του ίδιου να το αλλάξει. Αρχικά δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στη δραστηριοποίηση του ασθενούς με διάφορες συμπεριφορικές τεχνικές όπως ο προγραμματισμός δραστηριοτήτων. Έτσι το άτομο αποκτά κίνητρα, ικανοποιείται από την επίτευξη των στόχων του, καταγράφει τις σκέψεις και τα συναισθήματα του. Σταδιακά επανεκτιμά τον εαυτό του και αντιμετωπίζει ρεαλιστικά τις καταστάσεις. Η ποικιλία των τεχνικών που χρησιμοποιούνται σε αυτή τη μορφή θεραπείας και ο ψυχοεκπαιδευτικός της χαρακτήρας την καθιστούν ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης.

Γνωστική αναλυτική θεραπεία (CAT). Θεωρείται ιδιαίτερα αποτελεσματική στη βελτίωση της αυτογνωσίας τόσο σε ατομικό όσο και σε ομαδικό επίπεδο. Κατά τη διάρκεια της εξετάζονται προβλήματα και αρνητικές εμπειρίες του παρελθόντος, ακόμη και της παιδικής ηλικίας, εντοπίζονται και αναλύονται τα αίτια τους, με απώτερο στόχο να μειωθούν οι αρνητικές παραστάσεις του εαυτού του και το άτομο να ανακτήσει την αυτοεκτίμηση του. Στο γνωστικό μέρος χρησιμοποιείται η ικανότητα του ατόμου για αυτοπαρατήρηση και μελέτη του εαυτού του (σκέψεις, συναισθήματα, συμπεριφορές). Στο αναλυτικό μέρος ερευνώνται και εξετάζονται οι ασυνείδητοι παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργικότητα ενός ατόμου.

Διαπροσωπική θεραπεία (PIT). Βασική αρχή αυτής της θεωρίας είναι ότι η κατάθλιψη και τα διαπροσωπικά προβλήματα είναι αλληλένδετα. Η απώλεια ενός αγαπημένου πρόσωπου, μια ξαφνική αλλαγή στη ζωή του ατόμου, η κοινωνική απομόνωση, η εργασία, οι συγκρούσεις με την οικογένεια και το φιλικό του περιβάλλον δεν το αφήνουν ανεπηρέαστο. Η θεραπεία αυτή αποσκοπεί στο να βελτιώσει τις επικοινωνιακές δεξιότητες του ατόμου και κατ' επέκταση τις σχέσεις του με τον κοινωνικό του περίγυρο. Η διάρκεια της εκτείνεται συνήθως στο διάστημα 3-4 μηνών.

Υποστηρικτική συμβουλευτική – ψυχοθεραπεία. Είναι ίσως η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη μέθοδος. Πρόκειται για θεραπευτικές συνεδρίες μεταξύ ψυχοθεραπευτή και ασθενούς κατά τη διάρκεια των οποίων ο ασθενής εξωτερικεύει τα αισθήματα του μιλώντας για προβλήματα που τον απασχολούν. Μπορούν μάλιστα να συμμετέχουν και μέλη του οικογενειακού ή φιλικού περιβάλλοντος του ασθενούς. Αυτή η μορφή θεραπείας αποσκοπεί στο να αναγνωρίσει ο ασθενής τα αίτια των προβλημάτων του, να τα αποδεχτεί, να εκφράσει τα πραγματικά του συναισθήματα, να ανακτήσει εν γένει τον έλεγχο της ζωής του. Το άτομο εν τέλει καθίσταται λιγότερο ευάλωτο στην επανεμφάνιση της κατάθλιψης.

Αφήγηση θεραπεία. Πρόκειται για μια εναλλακτική μορφή θεραπείας κατά την οποία παρέχονται συμβουλές στον ασθενή με αφορμή τις «ιστορίες» που αφηγούνται οι ασθενείς για να περιγράψουν τα προβλήματα τους. Μέσα από το συμβολισμό και τη μεταφορά των προβλημάτων σε μια καλλιτεχνική μορφή (αφήγηση, παραμύθι, αυτοσχεδιασμός) το άτομο ενθαρρύνεται να εξετάσει το πρόβλημα του από την ασφάλεια της αισθητικής απόστασης, να εξελιχτεί συναισθηματικά, να αναγνωρίσει τις δεξιότητες και τις ικανότητες του και να ξαναγίνει δημιουργικό δίνοντας υπαρξιακό νόημα στη ζωή και στις πράξεις του.

Διακρανική μαγνητική διέγερση (TMS). Πρόκειται για μια επεμβατική μέθοδο που προκαλεί αποπόλωση ή υπερπόλωση στους νευρώνες του εγκέφαλου με αποτέλεσμα να

δημιουργείται ένα μαγνητικό πεδίο που τονώνει τις αντίστοιχες περιοχές του εγκεφάλου. Μια παραλλαγή της διακρανιακής μαγνητικής διέγερσης, η επαναλαμβανόμενη διακρανική μαγνητική διέγερση (RTMS) έχει δοκιμαστεί ως μέσο θεραπείας για ψυχολογικές διαταραχές, μεταξύ των οποίων και για κατάθλιψη. Η αποτελεσματικότητα ωστόσο αυτής της μεθόδου ερευνάται ακόμη. Στην επιφυλακτική και διφορούμενη στάση απέναντι της συμβάλλουν οι κίνδυνοι που εγκυμονεί η εφαρμογή της, μεγαλύτερος εκ των οποίων είναι η συγκοπή.

Ψυχοχειρουργική. (*Mulholland Dr.C. 2010*). Πρόκειται για μια μορφή εξειδικευμένης χειρουργικής επέμβασης και αποτελεί την ύστατη μορφή θεραπείας σε περίπτωση αποτυχίας των προαναφερθέντων μεθόδων. Η χειρουργική αυτή επέμβαση στοχεύει στην έλικα προσαγωγίου, μια μικρή περιοχή του εγκεφάλου που συνδέει το μεταιχμιακό σύστημα και τους μετωπιαίους λοβούς. Συνιστάται σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη και ιδεοψυχαναγκαστική νεύρωση. Οι μελέτες για την αποτελεσματικότητα της βρίσκονται σε ερευνητικό ακόμη στάδιο.

Βότανα, μια εναλλακτική πρόταση για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Σαφέστατα δεν υπάρχουν επιστημονικές αποδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους στην κατάθλιψη παρά μόνο μελέτες (*Deligiannidis K, et al 2010*). Ωστόσο λόγω της εκτενούς βιβλιογραφίας που υπάρχει για αυτά, χρειάζεται η μνεία τους στην εργασία μας. Τα βότανα που υποστηρίζεται από πολλούς ότι σχετίζονται με την ανακούφιση συμπτωμάτων της κατάθλιψης, σε αύξουσα σειρά είναι τα εξής: το δενδρολίβανο, το μελισσόχορτο και το βαλσαμόχορτο. Το τελευταίο ευρέως γνωστό και ως βότανο του Αγίου Ιωάννη ή υπερικόν το διάτρητον και στην Ελλάδα γνωστό και ως σπαθόχορτο έχει αποδειχθεί από μελέτες ότι μπορεί να μετριάσει τα συμπτώματα της κατάθλιψης εμποδίζοντας την επαναπρόσληψη των νευροδιαβιβαστών. Τονίζεται ωστόσο ότι δεν πρέπει να λαμβάνεται σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή για την κατάθλιψη λόγω ορισμένων αντενδείξεων του και αλλεργικών επιδράσεων.

1.4 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Καθώς τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα κατηγοριοποιούνται σε ομάδες, οι παρενέργειες τους σαφώς δεν είναι κοινές και για αυτό το λόγο θα αναφερθούν στο πλαίσιο της κατηγορίας στην οποία εντάσσονται (*Brenda Happell, Leanne Cowin, Cath Roper and Kim Foster Rose McMaster (2008)*).

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

Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης (SSRIs) : Οι συχνότερες παρενέργειες είναι γαστρεντερικές όπως ναυτία, διάρροια, δυσπεψία, κοιλιακό άλγος, ανορεξία και νευρολογικές διαταραχές όπως αϋπνία ή υπερυπνηλία, μυϊκή δυσκαμψία, διέγερση, εφίδρωση, αύξηση των ανταντακλαστικών και σπασμοί. Επίσης μπορεί να παρατηρηθεί σεξουαλική δυσλειτουργία και αυτοκτονικός ιδεασμός (το άτομο καταλαμβάνεται από έντονες σκέψεις θανάτου.). (*NHs Choices 2010*). Λιγότερο συχνά μπορούν επίσης να εμφανιστούν πυρετός, σύγχυση, κολπική αιμορραγία, προβλήματα σύσης, υπέρταση ή υπόταση και βίαιη συμπεριφορά. Η κατάχρηση των SSRIs ή ο συνδυασμός τους με άλλα φάρμακα που επιδρούν στη σεροτονίνη μπορεί να προκαλέσει το επικίνδυνο τοξικό σύνδρομο σεροτονίνης που χαρακτηρίζεται από υψηλό πυρετό, καρδιακή αρρυθμία, νεφρικά προβλήματα και απώλεια των αισθήσεων. Αναστολείς μονοαμινοοξειδάσης (MAO) : Οι ασθενείς στους οποίους χορηγούνται αντικαταθλιπτικά αυτής της κατηγορίας πρέπει να είναι ιδιαίτερα προσεκτικοί στην κατανάλωση τροφίμων που περιέχουν το αμινοξύ τυραμίνη καθώς αυξάνουν σημαντικά την αρτηριακή πίεση. Σε μια τέτοια περίπτωση παρατηρούνται δυσκαμψία του αυχένα, σοβαρή κεφαλαλγία, πόνοι στο στήθος, ταχυκαρδία, ναυτία και εμετοί ακόμη και εγκεφαλικό επεισόδιο. Τροφές επομένως που πρέπει να αποφεύγονται είναι το ψάρι, η σοκολάτα, τρόφιμα που έχουν υποστεί ζύμωση, όπως επεξεργασμένα κρέατα, σάλτσα σόγιας, τυρί, τουρσί. Άλλα

συμπτώματα που προκαλούνται από τους αναστολείς της μονοοξειδάσης είναι διαταραχές στον ύπνο, αύξηση της σωματικού βάρους, ναυτία, ξηροστομία, ζάλη και αισθήματα τρόμου και ανησυχίας.

Σταθεροποιητές διάθεσης: Τα αντικαταθλιπτικά αυτής της κατηγορίας συνοδεύονται συχνά από συμπτώματα όπως ζάλη, γαστρεντερικές διαταραχές, αϋπνία ή υπερυπνηλία και αγχώδεις διαταραχές. (*Mayo Clinic Staff. 2011*)

Το λίθιο συγκεκριμένα μπορεί να προκαλέσει δίψα,, ναυτία ,εμετούς, συχνοουρία, τρεμούλα, ξηροδερμία, διαταραχές στην ομιλία και απώλεια αισθήσεων. Αν προκληθεί αφυδάτωση μπορεί να γίνει τοξικό με επιβλαβείς συνέπειες στα νεφρά .Σε μια τέτοια περίπτωση μπορεί επίσης να εμφανιστεί βρογχοκήλη, επιληπτική κρίση ακόμη και καρδιακή ανακοπή για αυτό και ο ασθενής χρήζει άμεσης ιατρικής παρέμβασης.

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

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στους τύπους της κατάθλιψης, στη συμπτωματολογία των διαφόρων τύπων της νόσου, στην αιτιολογία των τύπων κατάθλιψης καθώς και σε ορισμένες προτάσεις θεραπείας.

2.1 Διπολική διαταραχή τύπου 1

Η διπολική διαταραχή τύπου 1 είναι γνωστή και ως μανιοκαταθλιπτική διαταραχή και θεωρείται μια πολύ σοβαρή ψυχική ασθένεια η οποία μπορεί να προκαλέσει σοβαρές αλλαγές στη συμπεριφορά του ατόμου (*Sheila L. Videbeck 2010*). Η διπολική διαταραχή συνήθως εμφανίζεται στο τέλος της εφηβικής ηλικίας ενός ατόμου, το μεγαλύτερο ποσοστό την εμφανίζει σε ηλικία κάτω των 25 ετών. Μερικοί άνθρωποι μπορεί να εμφανίσουν διπολική διαταραχή τύπου 1 κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας και άλλοι πάλι μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα πολύ αργότερα στη ζωή τους και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Οι περισσότεροι άνθρωποι επιστρέφουν στη φυσιολογική λειτουργικότητα τους κατά τη διάρκεια ύφεσης της διαταραχής αλλά ένα ποσοστό 20 με 30 % εξακολουθούν να έχουν κάποια συμπτώματα και κάποιοι άλλοι ίσως έχουν περιόδους υποτροπής.

Τα αίτια που μπορεί να προκαλέσουν κάποιο μανιακό επεισόδιο μέχρι και σήμερα δεν έχουν γίνει γνωστά. Έρευνες δείχνουν πως συμβαίνουν κάποιες αλλαγές στη λειτουργία του εγκεφάλου. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ασθένεια οφείλεται και στην κληρονομικότητα δηλαδή όταν κάποιος γονιός η άμεσος συγγενής πάσχει από μανιοκατάθλιψη υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες εμφάνισης της ασθένειας. Σχετικές μελέτες έχουν δείξει ότι για την εμφάνιση διπολικής διαταραχής τύπου 1 δεν είναι υπεύθυνοι μόνο ένα γονίδιο αλλά μια ομάδα γονιδίων τα οποία σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες που έχουν σχέση με το άτομο και με την οικογένεια του συμβάλλουν στην ανάπτυξη διπολικής διαταραχής. Οι περισσότεροι άνθρωποι που υποφέρουν από διπολική διαταραχή παρουσιάζουν και κάποια επεισόδια κατάθλιψης. (*Κανταρτζής Σ., 2008*)

Κατά τη διάρκεια ενός μανιακού επεισοδίου ο άνθρωπος μπορεί να εμφανίσει αυξημένη διάθεση η οποία συνοδεύεται από μια έντονη δραστηριότητα, ένα αίσθημα ευφορίας, αισιοδοξίας, έχει μειωμένη ανάγκη για ύπνο αφού μετά από 3 ώρες ύπνου μπορεί να νιώθει ξεκούραστος. Παρατηρείται επίσης υπερσεξουαλικότητα, κατάχρηση ουσιών, ανησυχία, υπερδιέγερση και εκνευρισμός. Ακόμη μπορεί να εμφανίσει απώλεια

ενδιαφέροντος για κάτι που παλιότερα απολάμβανε ,έχει γρήγορη σκέψη ,γρήγορο λόγο και ενώ μπορεί να νιώθει πιεσμένος να συνεχίσει να μιλεί, διάσπαση προσοχής και αδυναμία συγκέντρωσης. Η επιθετική συμπεριφορά και το αίσθημα καταναλωτισμού να ξοδεύει άσκοπα όλα του τα χρήματα αποτελούν και αυτά συμπτώματα. Η κατάσταση μπορεί να γίνει ακόμα πιο επικίνδυνη και σοβαρή όταν το άτομο αυτό εμφανίσει παραληρητικές ιδέες η ψευδαισθήσεις και χάνει την επαφή του από την πραγματικότητα. Επομένως ένα επεισόδιο μανίας μπορεί να διαρκέσει από λίγες ημέρες έως αρκετά χρόνια. Τα συμπτώματα όμως μπορεί να εξακολουθούν να υπάρχουν για μερικές εβδομάδες μέχρι κάποιους μήνες. Τέλος, μπορεί αμέσως μετά από ένα μανιακό επεισόδιο να εμφανιστεί και κατάθλιψη.

2.2 Διπολική διαταραχή τύπου 2

Η υπομανία αποτελεί μια πιο ήπια μορφή μανίας που δεν είναι τόσο ανησυχητική ώστε να δημιουργήσει δυσκολία στην λειτουργικότητα του ατόμου ή να προκαλέσει εισαγωγή στο νοσοκομείο. (Οικονόμου-Λαλιώτη Μ., 2011) Το υπομανιακό επεισόδιο χαρακτηρίζεται από μια συγκεκριμένη περίοδο ανεβασμένης διάθεσης που έχει διάρκεια για τουλάχιστον 4 μέρες και η συμπεριφορά του ασθενούς είναι τελείως διαφορετική από την συνηθισμένη του συμπεριφορά, αλλά τα ίδια τα άτομα δεν θα δεχτούν αυτή την διαφορά στον τρόπο ζωή του (Sheila L. Videbeck 2010). Τα άτομα όμως που απαρτίζουν το στενό περιβάλλον του ασθενή μπορούν να καταλάβουν αυτές τις αλλαγές στη συμπεριφορά και στη διάθεση. Επίσης στην υπομανία δεν υπάρχουν χαρακτηριστικά ψύχωσης. Γενικότερα θεωρείται πως η υπομανία δεν αποτελεί μια αυτοτελή διαταραχή αλλά ένα μέρος της διπολικής διαταραχής 2.

Τα συμπτώματα εμφανίζονται όταν το άτομο μπει στην δεκαετία των 30 αν και δεν είναι απαραίτητο αυτό διότι μπορεί να τα εμφανίσει σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή. Στην συνέχεια έρχεται μια περίοδος στενοχώριας και απογοήτευσης.

Την περίοδο κατά την οποία το άτομο πάσχει από τη διαταραχή εμφανίζε 3 με 4 από τα συμπτώματα που θα αναφερθούν πιο κάτω:

- Υψηλή αυτοεκτίμηση και μεγαλειώδεις ιδέες
- Το άτομο δεν αισθάνεται καθόλου την ανάγκη για ύπνο
- Αύξηση της ομιλητικότητας του καθώς και ανάγκη να συνεχίσει να μιλάει
- Θεωρεί πως οι σκέψεις του "τρέχουν"

- Δεν μπορεί να συγκεντρώσει την προσοχή του
- Αύξηση των προσωπικών του στόχων(κοινωνικών επαγγελματικών σεξουαλικών)
- Το άτομο συμμετέχει σε πολύ ευχάριστες δραστηριότητες που δυστυχώς έχουν πολύ άσχημα αποτελέσματα όπως η υπερβολική κατανάλωση προδιδόντων άσκοπη επαγγελματική επένδυση κ.α.

Η υπομανία μπορεί να συνδέεται με μια ανεξήγητη αλλαγή στην συνηθισμένη συμπεριφορά του ατόμου. Πολλές φορές όμως το άτομο παρουσιάζει διαφορές οι οποίες οφείλονται στη διαταραχή χωρίς να μπορεί να γίνουν αντιληπτές στο περιβάλλον του. Συνήθως η πάθηση δεν είναι τόσο σοβαρή ώστε να δυσλειτουργεί στον επαγγελματικό τομέα η στην κοινωνικότητα του καθώς και να δημιουργήσει την ανάγκη εισαγωγής στο νοσοκομείο. Τέλος τα συμπτώματα που παρουσιάζει ο ασθενής δεν οφείλονται σε επιδράσεις ουσιών ούτε σε κακή σωματική κατάσταση.

Η θεραπεία της διπολικής διαταραχής γίνεται με φαρμακευτική αγωγή από κάποιον ψυχίατρο και λαμβάνεται καθόλη τη διάρκεια της ζωής του ατόμου ακόμα και σε περιόδους ύφεσης της πάθησης διότι οποιαδήποτε διακοπή της φαρμακευτικής θεραπείας μπορεί να προκαλέσει υποτροπή. Σκοπός της θεραπείας είναι η μείωση των συμπτωμάτων του ασθενή, αλλά και η πρόληψη των υποτροπών. (Chitty, K.K. (2004 [2009])). Υπάρχουν φάρμακα τα οποία σταματούν τις αλλαγές και τις διακυμάνσεις της διάθεσης, τα λεγόμενα σταθεροποιητικά φάρμακα. Σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να γίνει συνδυασμός φαρμάκων, να προστεθούν για κάποιο μικρό χρονικό διάστημα και άλλα φάρμακα ώστε να προληφθεί κάποια έξαρση της νόσου παρά τη χρήση των σταθεροποιητικών φαρμάκων. Το φάρμακο που δίνεται σε αυτές τις περιπτώσεις είναι το λίθιο. Υπάρχουν όμως και άλλες κατηγορίες φαρμάκων όπως είναι τα αντιεπιληπτικά, τα αντικαταθλιπτικά, τα αντιψυκτικά και τα αγχολυτικά. Πιθανές αλλαγές φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να κριθούν αναγκαίες από το ψυχίατρο κατά τη διάρκεια της θεραπείας.

Επομένως εκτός από τη φαρμακευτική αγωγή σημαντικό ρόλο παίζει και η στήριξη από το οικογενειακό του περιβάλλον. Η ψυχοθεραπεία έχει αποδειχτεί εξαιρετικά χρήσιμη σε επεισόδια μανιοκατάθλιψης. Στόχος της είναι η σωστή εκπαίδευση και πληροφόρηση τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους. Έτσι τα άτομα μαθαίνουν περισσότερα για την ασθένεια ,μαθαίνουν να αναγνωρίζουν τις εξάρσεις και τις υφέσεις της νόσου προκειμένου να αναζητήσουν έμμεσα ιατρική βοήθεια, μαθαίνει η οικογένεια να αναγνωρίζει τις τυχόν αλλαγές διάθεσης του ατόμου τους. Επίσης μαθαίνουν τη δράση των φαρμάκων τη χρησιμότητα τους , το σωστό τρόπο λήψης. Τέλος η γνωστική-

συμπεριφορική ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει τα άτομα με μανιοκατάθλιψη τόσο στη σκέψη τους όσο και στη συμπεριφορά τους ώστε να έχουν μια φυσιολογική και αξιόλογη ζωή.

2.3 Μείζων καταθλιπτική διαταραχή

Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή είναι γνωστή και ως μονοπολική κατάθλιψη, κλινική κατάθλιψη, μείζων κατάθλιψη η απλά ως κατάθλιψη και αποτελεί μια από τις σοβαρότερες μορφές κατάθλιψης. Σε αυτή τη μορφή το άτομο διαταράσσεται από έντονη θλίψη, απογοήτευση και μελαγχολία. (Anapolis. 2012). Διαφέρει από την κοινή κατάθλιψη και από το απλό αίσθημα της θλίψης. Εμφανίζεται κυρίως σε ηλικίες 20- 40.Είναι συχνότερο στις γυναίκες από ότι στους άντρες. Ωστόσο μπορεί εμφανιστεί παγκοσμίως ανεξάρτητου φυλής, μόρφωσης ή οικονομικής κατάστασης. Συνήθως αποτελείται από ένα μόνο επεισόδιο αλλά μπορεί να κάνει και υποτροπή σε διάφορα στάδια της ζωής του ατόμου. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αμέσως αλλά με την πάροδο του χρόνου, αναπτύσσονται μέσα σε λίγες μέρες και μπορεί να διαρκέσουν έως και κάποιες εβδομάδες.

Ορισμένα άτομα μιλώντας για τον εαυτό τους δε θεωρούν ότι πάσχουν από κατάθλιψη. Αυτό που νιώθουν όμως είναι θλίψη, απογοήτευση, απελπισία, ακεφιά και απόγνωση. Σε πολλές περιπτώσεις τα άτομα αυτά παραπονιούνται ότι έχουν σωματικά ενοχλήματα όπως είναι πονοκέφαλος, έντονο και χρόνιο πόνο σε κάποιο μέρος του σώματος τους, κόπωση, ενώ κάποιοι άλλοι νιώθουν θυμό, νεύρα και ξεσπάνε με άσχημο τρόπο σε πράγματα που δεν έχουν σημασία. Επίσης ενώ παλιότερα ασχολιόντουσαν με διαφορές ευχάριστες δραστηριότητες όπως(κάποιο άθλημα, φιλικές και κοινωνικές σχέσεις) πλέον και αυτές δε τους ικανοποιούν. Αυτή τη μείωση του ενδιαφέροντος την έχουν σχεδόν καθόλη τη διάρκεια της ημέρας και είναι γνωστή και ως ανηδονία. Ακόμη παρατηρείται και αλλαγή στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου με αποτέλεσμα τη μείωση του βάρους και την ανορεξία η όποια μπορεί να προκαλέσει πρόβλημα στο κύκλο της γυναίκας. Επίσης σε ήπιας μορφής κατάθλιψης έχει εμφανιστεί αυξημένη όρεξη και αύξηση βάρους. Μπορεί να έχουν τάσεις αυτοκτονίας και να κάνουν αυτοκτονικές σκέψεις. Έχουν μειωμένο λόγο, μειωμένη ομιλία, μειωμένη συγκέντρωση και αφοσίωση. Εμφανίζει και προβλήματα ύπνου αφού τις περισσότερες ώρες νιώθει αϋπνία. Δυο τύποι αϋπνίας εμφανίζονται συχνά σε ένα μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο.(Mayo clinic staff. 2011) Η μέση αϋπνία στην όποια το άτομο ξυπνά κατά τη διάρκεια της νύχτας όμως δυσκολεύεται να ξανακοιμηθεί και η τελική αϋπνία στην όποια το άτομο προσπαθεί να κοιμηθεί προς το τέλος της νύχτας όμως και

πάλι εμφανίζει προβλήματα ύπνου. Τέλος μπορεί να εμφανίσει και υπερυπνία όταν το άτομο κοιμάται για μεγάλο χρονικό διάστημα και κατά τη διάρκεια της νύχτας αλλά και της ημέρας.

Τα αίτια της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής κατατάσσονται σε:

A)Γενετικούς παράγοντες: Έρευνες έχουν δείξει πως η κατάθλιψη είναι κληρονομική δηλαδή εάν κάποιος γονιός της οικογενείας έπασχε από κατάθλιψη υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να τη κληρονομήσει και το παιδί. Επίσης από γενιά σε γενιά η κληρονομικότητα αυτή σταδιακά μειώνεται μέχρι που εξαλείφεται.

B)Νευρολογικούς παράγοντες: Ορισμένες χημικές ουσίες όπως η σπερμοτοξίνη, η νορεπινεφρίνη, η ντοπαμίνη και η προλακτίνη σχετίζονται με το συναίσθημα τη διάθεση και τη μνήμη. Γι' αυτό πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να αλλάξουν τα επίπεδα ορισμένων νευροδιαβιβαστών δηλαδή των παραπάνω χημικών ουσιών που μεταβιβάζουν την νευρική διέγερση από τον έναν νευρώνα στον άλλον. (Chitty, K.K. (2004 [2009]).

Γ)Ιατρικές παθήσεις: Διαφορές ιατρικές παθήσεις μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη και να είναι η άμεση όπως μια πάθηση του θυρεοειδούς αδένα που επηρεάζει τις ορμόνες ή έμμεση όπως ρευματοειδής αρθρίτιδα που προκαλεί πόνο και αναπηρία και μπορεί να οδηγήσουν σε κατάθλιψη. Επίσης η ηπατίτιδα , η λοιμώδης μονοπυρήνωση, πάρκινσον μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη.

Δ)Διαβητολογικούς παράγοντες: Η μείωση βάρους έχει αποδειχτεί ότι μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη και αυτό από την έλλειψη Ω-μεγα 3.Επίσης κατάθλιψη μπορεί να προκαλέσει και η έλλειψη μαγνησίου.

Ε)Ποιότητα ύπνου: Η ποιότητα του ύπνου παίζει σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης. Ειδικά όταν ο ύπνος δε διαρκεί πολλές ώρες και διακόπτεται κατά τη διάρκεια της νύχτας και στη συνέχεια υπάρχει δυσκολία συνέχισης ύπνου. Τέλος μπορεί να έχουν και πολύ έντονα συναισθηματικά όνειρα.

Στ)Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες: Όταν κάποια άτομα έχουν βιώσει στο παρελθόν την απώλεια ενός αγαπημένου τους προσώπου ή ακόμα έχουν βιώσει το διαζύγιο των γονιών του.

Τέλος ο αλκοολισμός, η κατάχρηση ουσιών, τα πρώτα στάδια άνοιας ,αγχώδεις διαταραχές μπορεί να οδηγήσουν ένα άτομο σε κατάθλιψη.

Η θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης (*American Psychiatric Association September 2007*) γίνεται κυρίως :

Με φάρμακα. όπως είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης τα όποια λαμβάνονται τακτικά και δίνονται για μεγάλο χρονικό διάστημα.

Με ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Η θεραπεία αυτή συνήθως χρησιμοποιείται σε βαριά μορφής κατάθλιψης ειδικά όταν το άτομο έχει ψύχωση, τάσεις αυτοκτονίας, αρνείται να φάει η και να πιει ακόμα. Η δράση είναι άμεση και μπορεί να τον θεραπεύει αμέσως σε σχέση με τα αντικαταθλιπτικά που απαιτούν περισσότερο χρόνο. Γίνονται 6-10 συνεδρίες και συχνότητα 3-4 φορές την εβδομάδα. Τέλος μετά τη χορήγηση ηλεκτροσόκ οι ασθενείς χρειάζονται θεραπεία συντήρησης με αντικαταθλιπτικά φάρμακα.

Ψυχοθεραπεία. Διάφορα είδη ψυχοθεραπείας όπως η γνωστική, η ομαδική και η ομαδική μπορούν να βοηθήσουν στη θεραπεία της κατάθλιψης. Η θεραπεία γίνεται ακόμα πιο αποτελεσματική όταν γίνεται συνδυασμός ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής. (*Goldberg J.,2012*)

2.4 Επιλόχεια κατάθλιψη

Η επιλόχεια κατάθλιψη είναι μια σοβαρή μορφή κατάθλιψη η οποία έχει σοβαρό αντίκτυπο τόσο στην ίδια την μητέρα όσο και στην οικογένεια της. Σχεδόν το 70% των γυναικών βιώνουν διαταραχές διάθεσης τις πρώτες 10 ημέρες μετά τη γέννηση του παιδιού. Οι έντονες ορμονικές αλλαγές πριν κατά τη διάρκεια και μετά το τοκετό μπορούν να προκαλέσουν χημικές αλλαγές στον εγκέφαλο και να προκαλέσουν κατάθλιψη. (*Μωραΐτου Μ. 2004*) Επίσης η κατάθλιψη είναι δυο φορές συχνότερη από ότι στους άντρες. Εάν η κατάθλιψη δε θεραπευτεί άμεσα θα υπάρξουν σοβαρές συνέπειες στο μέλλον και ίσως ξαναεμφανιστεί σε μια δεύτερη εγκυμοσύνη. Η έναρξη της επιλόχειας κατάθλιψης συμβαίνει μέσα στο διάστημα τεσσάρων εβδομάδων από τη γέννηση του παιδιού και μπορεί να διαρκέσει και ένα χρόνο. Επίσης η γυναίκα στη επιλόχεια κατάθλιψη μπορεί να μη θέλει να αποδεχτεί το μωρό της, να μη θέλει να το αγκαλιάσει, να το ταΐσει να το νιώθει σαν απειλή. Το 73 % των γυναικών που παρουσιάζουν επιλόχεια κατάθλιψη είναι πρωτότοκες ενώ το 23% είναι πολύτοκες.

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι:

- Θλίψη
- Ανησυχία σχετικά με την ασφάλεια του βρέφους
- Παραληρητικές ιδέες σχετικά με το βρέφος
- Ψευδαισθήσεις οι οποίες τη κάνουν να βλέπει το μωρό σαν απειλή και θέλει να το σκοτώσει ή να το τραυματίσει
- Αϋπνία
- Έντονη κόπωση
- Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
- Μείωση ενδιαφέροντος για καθημερινά πράγματα
- Σύγχυση

Τα αίτια της επιλόχειας κατάθλιψης είναι:

Ορμόνες. Οι ορμόνες μετά την εγκυμοσύνη αλλάζουν και μπορούν να προκαλέσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Έτσι λοιπόν αυξάνονται τα οιστρογόνα και η προγεστερόνη. Μετά το πρώτο 24ωρο υπάρχει μείωση αυτών των δυο ορμονών και επανέρχονται στα φυσιολογικά τους επίπεδα.

Παθήσεις του θυρεοειδούς. Ο θυρεοειδής αδένας ελέγχεται από ορμόνες οι οποίες όταν μειωθούν μετά την εγκυμοσύνη μπορούν να προκαλέσουν κατάθλιψη. Τα μειωμένα επίπεδα ορμονών μπορεί να προκαλέσουν διαταραχές διάθεσης όπως θυμό, κόπωση, αδυναμία συγκέντρωσης, αύξηση βάρους, αϋπνία κ.α. Τέλος μια απλή εξέταση αίματος μπορεί να δείξει αν η κατάθλιψη οφείλεται σε διαταραχή ορμονών του θυρεοειδούς ή όχι.

Ύπνος. Ανήσυχος ύπνος, μικρής διάρκειας και διακεκομμένος ύπνος εμποδίζουν μια νέα μητέρα να χαρεί όπως θα ήθελε τη μητρότητα.

Φοβικά συναισθήματα. Φόβος απώλειας του μητρικού ρόλου, φόβος απώλειας του γυναικείου ρόλου πριν και μετά το τοκετό.

Η γυναίκα μπορεί να νιώθει πόνο του περινέου και του κόλπου τα όποια μπορούν να δημιουργήσουν προβλήματα στη σεξουαλική επαφή. Επίσης ο χρόνος ανάρρωσης είναι μεγαλύτερος όταν υπάρχει καισαρική τομή σε αντίθεση με έναν φυσιολογικό τοκετό.

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης γίνεται με: (Δασκαλόπουλος Θ., 2006)

Ορμόνες. Η ορμονική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην απότομη πτώση των οιστρογόνων και στη συνέχεια να μειωθούν και τα συμπτώματα που νιώθει η γυναίκα.

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

Ψυχοθεραπεία. Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει μια γυναίκα να ξεπεράσει τη κατάθλιψη όμως ακόμα καλύτερο θα ήταν ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και της ψυχοθεραπείας. Η γυναίκα εκφράζει τις ανησυχίες της στο ειδικό υγείας και αυτός με τη σειρά του προσπαθεί να δώσει συμβουλές ώστε να μειωθούν οι αρνητικές σκέψεις ,τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθει να λυθούν τα προβλήματα της μέσα από τις συνεδρίες. Τέλος σημαντικό ρόλο παίζει η οικογένεια η οποία με τη στήριξη της θα παρέχει μεγάλη βοήθεια στη νεαρή μητέρα.

2.5 Δυσθυμία

Η δυσθυμία διαταραχή αποτελεί μια ήπιας μορφή κατάθλιψη η όποια μπορεί να είναι και χρόνια κατάσταση(*Fava M, Cassano P. 2008*). Χαρακτηρίζεται από καταθλιπτική διάθεση σχεδόν καθόλα τη διάρκεια της ημέρας και μπορεί να διαρκέσει δυο χρόνια. Προσβάλλει περισσότερο τις γυναίκες μέχρι και 3 φορές περισσότερο από ότι στους άντρες. Επίσης εμφανίζεται στο γενικό πληθυσμό σε ποσοστό 5-6%. Η δυσθυμία διαταραχή μπορεί να εκδηλωθεί στη παιδική ηλικία, στην εφηβεία η ακόμα στα πρώτα χρόνια της ενήλικης ζωής. Σχεδόν πάντα όταν κάποιος έχει δυσθυμική διαταραχή σε διάστημα ενός χρόνου εμφανίζει και μείζονα καταθλιπτική διαταραχή.

Τα αίτια για τη δυσθυμία δεν έχουν ερευνηθεί πλήρως. Συνήθως βιοχημικοί, περιβαλλοντικοί, γενετικοί, είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση δυσθυμικής διαταραχής. Ακόμη ένα διαζύγιο, ο θάνατος ενός αγαπημένου προσώπου, ψυχολογική βία, κακοποίηση, διαταραγμένες σχέσεις με την οικογένεια και με το κοινωνικό του περίγυρο αποτελούν αιτία για την εμφάνιση δυσθυμικής διαταραχής. Όλα τα παραπάνω εξαρτώνται και από το χαρακτήρα του καθένα και το πώς αντιλαμβάνεται το κόσμο και τη ζωή γύρω του. Οι αρνητικές σκέψεις είναι αυτές που καθορίζουν τα συναισθήματα. Έτσι ένα

καταθλιπτικό άτομο έχει τη τάση να τα βλέπει όλα αρνητικά και να υποτιμάει τα θετικά που συμβαίνουν δημιουργώντας έτσι ένα περιβάλλον απογοήτευσης, μελαγχολίας και απελπισίας. (Langenfeld S., 2011).

Για να γίνει σωστή διάγνωση πρέπει ο ασθενής να έχει δυο η παραπάνω από τα παρακάτω συμπτώματα.:

- Μειωμένη όρεξη η αυξημένη όρεξη
- Δυσκολία συγκέντρωσης και δυσκολία λήψης απόφασης
- Μειωμένη αυτοεκτίμηση
- Αϋπνία η υπερόνια
- Χαμηλή ενεργητικότητα η κόπωση

Τα συμπτώματα αυτά προκαλούν στο άτομο έντονη δυσφορία, μελαγχολία, απαισιοδοξία γίνονται απαθείς, ληθαργικοί, μελαγχολικοί, κλείνεται στον εαυτό τους. Επίσης βασανίζονται από αρνητικές σκέψεις και γεγονότα κατηγορούν τον εαυτό τους σε οτιδήποτε συμβαίνει. Μερικοί άνθρωποι πιστεύουν ότι έχουν κάποια ασθένεια η οποία είναι κολλητική και ότι θα μολύνει και τους γύρω τους. Ακόμη παραπονιέται για διάφορους σωματικούς πόνους κ ενοχλήματα όπως πονοκέφαλος η πόνος σε κάποιο μέρος του σώματος τους.

Η θεραπεία μπορεί να είναι είτε φαρμακευτική είτε ψυχοθεραπευτική η και ακόμα συνδυασμός και των δύο. Η φαρμακευτική θεραπεία γίνεται με αντικαταθλιπτικά χάπια όπως αναστολείς της επαναπρόσληψης της σεροτονίνης η με τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά και αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης αν και η τελευταία έχει αρκετές παρενέργειες. Η ψυχοθεραπεία και οι συνεδρίες με τον ειδικό βοηθάνε το άτομο να ελαττώσει τις αρνητικές σκέψεις και να δει τη ζωή από μια θετική πλευρά. Ωστόσο δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο είδος που συνιστάται για να αντιμετωπισθεί η ψυχοθεραπεία αφού όλοι οι τύποι μπορούν να βοηθήσουν ο καθένας με τη δίκια του μέθοδο και τρόπο.

2.6 Ψυχωτική κατάθλιψη

Η ψυχωτική κατάθλιψη θεωρείται μια από τις πιο επικίνδυνες μορφές κατάθλιψης. Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι χρόνια και κυκλική κατάσταση. Ένα άτομο μπορεί να έχει ήπια επεισόδια κατάθλιψης με στιγμές ακραίας ψύχωσης. Ορισμένα άτομα με μείζονα

κατάθλιψη μπορεί να εμφανίσουν αργότερα και ψυχωτική κατάθλιψη. Τέλος η αυτοκτονία, το έντονο στρες, η κατάχρηση ουσιών μπορεί να προκαλέσει ένα επεισόδιο ψύχωσης.

Τα συμπτώματα της ψυχωτικής κατάθλιψης μπορεί να παρουσιάσουν:

- Επιθετικότητα
- Απογοήτευση
- Ψυχική αναστάτωση
- Συναισθήματα παθολογικής ενοχής
- Συναισθήματα απόγνωσης
- Απελπισία
- Αποφυγή συναναστροφής με άλλους ανθρώπους
- Αυτοκαταστροφικές σκέψεις.
- Αυτοκτονικές τάσεις
- Αλλαγμένη συμπεριφορά

Εκτός από τα παραπάνω συμπτώματα εμφανίζονται και ψευδαισθήσεις στις οποίες ο ασθενής ακούει φωνές χωρίς να υπάρχουν άνθρωποι στο χώρο που βρίσκεται. Επομένως οι ψευδαισθήσεις μπορεί να είναι ακουστικές, οπτικές, οσφρητικές, γευστικές η απτικές. Το άκουσμα φωνών μπορεί να είναι φιλικό, εχθρικό, η απειλητικό. (Anapolis. 2012). Επίσης έχει αισθήματα ενοχής για καταστάσεις του παρελθόντος και γιατί πιστεύει πως θα πρέπει να πεθάνει. Ακόμη ένα σοβαρό σύμπτωμα είναι κ οι παραληρητικές ιδέες. Είναι λοιπόν λανθασμένες πεποιθήσεις τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους γύρω του οι οποίες εμφανίζονται ακόμα και απουσία αποδείξεων. Εδώ το άτομο πιστεύει πως κάποιος τον παρακολουθεί τον κατασκοπεύει η προσπαθεί να τον βασανίσουν.

Η θεραπεία της ψυχωτικής διαταραχής γίνεται με φαρμακευτική αγωγή και με ψυχοθεραπεία. Υπεύθυνα φάρμακα για την αντιμετώπιση της είναι τα αντιψυχωσικά. Τα αντιψυχωσικά μειώνουν σε σημαντικό βαθμό τις παραληρητικές ιδέες και τις ψευδαισθήσεις. Παλιότερα αντιψυχωσικά είναι η αλοπεριδόλη, θειοριδαζίνη που είναι γνωστά ως τυπικά αντιψυχωσικά. Οι παρενέργειες των αντιψυχωσικών φαρμάκων είναι αρκετές και είναι: η ξηροστομία, θολή όραση, δυσκοιλιότητα, υπνηλία, ζάλη, δυσκαμψία, τρόμος, ανησυχία και στυτική λειτουργία. Υπάρχουν ακόμη και τα άτυπα αντιψυχωσικά όπως είναι η ρισπεριδόνη, ολανζαπίνη, παλιπεριδόνη κ.α. Οι παρενέργειες των τελευταίων φαρμάκων είναι η αύξηση του σωματικού βάρους, εμφάνιση διαβήτη και υψηλά επίπεδα

χοληστερίνης. Η ψυχοθεραπεία με τη σειρά της μπορεί να βοηθήσει στην αποφυγή αρνητικής σκέψης. Η οικογένεια παίζει σημαντικό ρόλο η οποία με τη στήριξη της μπορεί να βοηθήσει σε μεγάλο βαθμό το αγαπημένο τους πρόσωπο που πάσχει από ψυχωτική κατάθλιψη. Ωστόσο η ατομική, η ομαδική και η οικογενειακή ψυχοθεραπεία αποτελούν τις κατάλληλες θεραπείες. Τέλος αν δε μπορεί να βοηθήσει η ψυχοθεραπεία ούτε και τα φάρμακα καλό θα ήταν ο ασθενής να εισάχθει σε κάποιο νοσοκομείο ώστε η παρακολούθηση από ειδικούς να είναι πιο εντατική και να προληφθούν τυχόν ατυχήματα τόσο στον ίδιο του τον εαυτό όσο και στους γύρω του.

2.7 Κυκλοθυμική διαταραχή

Κυκλοθυμία είναι μια κατάσταση στην οποία περίοδοι κατάθλιψης εναλλάσσονται από περιόδους υπερβολικής ευθυμίας.(*Chitty, K.K. (2004 [2009])*). Αρχικά θεωρήθηκε πως αποτελεί διαταραχή της διάθεσης αλλά σήμερα συγκαταλέγεται στις διπολικές διαταραχές. Πιο συγκεκριμένα πρόκειται για ανθρώπους που την μια εμφανίζονται γεμάτοι ζωντάνια και ενέργεια και την άλλη καταθλιπτικοί και απαισιόδοξοι. (*Μενιδιάτου Α., 2012*). Τα συμπτώματα δεν είναι τόσο σοβαρά ώστε η πάθηση να κατατάσσεται στην μείζονα κατάθλιψη με μανιακά επεισόδια. Μερικές φορές οι ασθενείς δεν παραδέχονται την πάθηση τους και προσπαθούν να δικαιολογήσουν τα συμπτώματα κατάθλιψης που παρουσιάζουν με διάφορους τρόπους.

Ο ασθενής διακατέχεται από πολλές περιόδους υπομανίας και κατάθλιψης για ένα χρονικό διάστημα τουλάχιστον 2 ετών χωρίς όμως να συγκαταλέγεται στην κατηγορία του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου. Μέσα στο διάστημα αυτό το άτομο βάλλεται συνεχώς από τα συμπτώματα. Επιπλέον τα δυο χρόνια αυτά ο ασθενής δεν παρουσιάζει κάποιο μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο. Επίσης τα συμπτώματα δεν συγχέονται με σχιζοφρένεια η κάποια σχιζοφρενική διαταραχή καθώς και δεν προέρχονται από χρήση κάποιας ουσίας(ναρκωτικά, φάρμακα η παθολογικών αιτιών(υπερθυρεοειδισμός).Τέλος τα συμπτώματα δημιουργούν άγχος και μείωση της κοινωνικότητας του.

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

2.8 Εποχιακή κατάθλιψη

Υπάρχουν πολλά παραδείγματα που μας βοηθούν να κατανοήσουμε πως οι καιρικές συνθήκες επηρεάζουν την ψυχολογία του ανθρώπου. Γενικότερα την άνοιξη και το φθινόπωρο παρατηρείται αυξημένη ενέργεια και μεγαλύτερη διάθεση στον άνθρωπο, το χειμώνα η διάθεση είναι πιο περιορισμένη, θα μπορούσαμε να την χαρακτηρίσουμε ως καταθλιπτική και το άτομο συνήθως έχει την τάση να απομονώνεται συχνά. Ακόμα παρατηρούμαι πως αν οι καιρικές συνθήκες δεν είναι καλές για μεγάλο χρονικό διάστημα δηλαδή επικρατεί συννεφιά και βροχόπτωση, υπάρχει επιδείνωση των συμπτωμάτων. (Μίνου Ν., 2004). Τότε βλέπουμε πως το άτομο γίνεται λιγότερο παραγωγικό διότι υπάρχει ανάγκη για παραμονή στο σπίτι, επιθυμία για ύπνο, μικρότερη απόδοση στον τομέα εργασίας του. Αντίθετα τις θερμές ημέρες του καλοκαιριού παρατηρείται έντονος εκνευρισμός και δυσφορία που καμία φορά οδηγεί και σε επιθετικότητα. Συμπερασματικά καταλήγουμε πως κάθε εποχή επιδρά με τον δικό της τρόπο στην ψυχολογική κατάσταση των ατόμων. (Medlook. 2011).

Υπάρχουν ενδείξεις πως η μειωμένη εμφάνιση του Ήλιου λειτουργεί αποσυντονιστικά και είναι πολύ πιθανό να επηρεάζει συγκεκριμένα ορμονικά επίπεδα του οργανισμού.

Μπορούμε εύκολα να παρατηρήσουμε τα συμπτώματα της εποχιακής κατάθλιψης. Συνήθως τα άτομα αντιμετωπίζουν προβλήματα στον ύπνο με αποτέλεσμα είτε να κοιμούνται για πολλές ώρες είτε να έχουν διαταραγμένο ύπνο. Ακόμα παρουσιάζουν ατονία με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν τις υποχρεώσεις που έχουν στην καθημερινότητα τους. Επίσης διακατέχονται από υπερφαγία, πράγμα που τους οδηγεί σε αύξηση βάρους. Επιπλέον πέφτουν σε κατάθλιψη, αντιμετωπίζουν κοινωνικά προβλήματα διότι διακατέχονται από εκνευρισμό και θέλουν να μείνουν μόνοι τους. Επίσης έχουν πολύ άγχος και μειωμένη σεξουαλική επαφή. Τέλος αξίζει να σημειωθεί πως τα συμπτώματα αυτά υποχωρούν κατά τη διάρκεια της άνοιξης και στις αρχές του καλοκαιριού και παρατηρούνται συνήθως σε άτομα ηλικίας 18-30 πιο συνηθισμένα όμως στις γυναίκες.

Ο χειμώνας μπορεί να προκαλεί σε πολλούς ανθρώπους πτώση στη ψυχολογία τους αλλά δεν είναι απαραίτητο πως τους αποδιοργανώνει ή τους κάνει να υποφέρουν. Στα άτομα όμως που παρατηρούνται πολύ έντονα τα συμπτώματα χρειάζεται ψυχιατρική ή ψυχολογική θεραπεία ή μπορεί να απαιτείται και συνδυασμός και των δυο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. Η ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΦΥΛΛΟ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στην παιδική, εφηβική κατάθλιψη καθώς στις γυναίκες και στους άνδρες με καταθλιπτική διαταραχή και πως αυτή επηρεάζει τη καθημερινή ζωή και τη λειτουργία του κάθε ανθρώπου σε όλα τα στάδια της ζωής του. Τέλος αναφέρονται τα αίτια, τα συμπτώματα, οι αιτιολογικοί παράγοντες και οι τρόποι θεραπείας για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης.

3.1 Παιδική, βρεφική και εφηβική κατάθλιψη

Η παιδική και η εφηβική κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή με κίνδυνο χρονιάς κατάστασης η οποία μπορεί να επηρεάσει τόσο τη ζωή του παιδιού όσο και τη ζωή των γονιών. Παιδική και εφηβική κατάθλιψη είναι δύσκολο να διαγνωστεί από ειδικούς ψυχική υγείας διότι το παιδί δε μπορεί να εκφράσει με λόγια αυτό που βιώνει γι' αυτό εκφράζουν συνήθως τη κατάθλιψη με σωματικά ενοχλήματα (*Nardi DA 2007*). Έχουν πόνους στη κοιλιακή χώρα, πονοκέφαλους αποφυγή πρόσληψης τροφής, αϋπνία. Το παιδί μπορεί να αλλάξει συμπεριφορά να γίνει επιθετικό, νευρικό, απομονωμένο. Η παιδική και εφηβική κατάθλιψη θεωρείται χρόνια πάθηση που μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στη λειτουργικότητα του παιδιού. Μπορεί όμως εύκολα να «κρυφτεί» διότι τα παιδιά δε παραπονιούνται ούτε μπορούν να εκφράσουν λεκτικά τι τους βασανίζει. (*ΕΠΙΨΥ. 2010*)

Η κλινική εικόνα της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης παρουσιάζει αρκετές διαφορές σε σχέση με τους ενήλικες.

Εδώ το παιδί και ο έφηβος είναι θλιμμένοι, δυστυχισμένοι

Έλλειψη ενδιαφέροντος και απώλεια ευχαρίστησης

Αλλαγή συμπεριφοράς, μείωση σχολικού ενδιαφέροντος και μαθησιακού ενδιαφέροντος, απομόνωση από τα παιδιά της ηλικίας. Το παιδί κουράζεται εύκολα και μπορεί να μην έχει όρεξη για παιχνίδι με τους φίλους του, μπορεί ακόμη να δυσκολεύεται να πραγματοποιήσει καθήκοντα που θα του έχει δώσει να κάνει η δασκάλα.

Στη σχολική ηλικία μπορεί να εκφράσουν ιδέες αυτοκτονίας χωρίς όμως να γίνουν απόπειρες. Στους εφήβους το ποσοστό αυτοκτονίας αυξάνεται σημαντικά και σε διπλάσιο βαθμό τα παιδιά είναι οργισμένα, νευριάζουν δεν υπακούουν ούτε τους γονείς ούτε τη δασκάλα. (*Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. 2001*). Η κυκλοθυμική διαταραχή είναι

πολύ συχνή και εμφανίζεται έντονα σε παιδιά σχολικής ηλικίας με εναλλαγές της συμπεριφοράς από λύπη σε χαρά και αντίστροφα.

Διαταραχές ύπνου (*Medlook, 2010*)

Στους εφήβους συχνά συμπεριλαμβάνεται η χρήση ναρκωτικών ουσιών και οινόπνευματος.

Διαταραχές διατροφής και φοβίες σε ορισμένα φαγητά

Άγχος αποχωρισμού γονιών

Απροθυμία έφηβου να πάει στο σχολείο βρίσκοντας συνεχώς δικαιολογίες. Αυτό ονομάζεται σχολική φοβία στην όποια ο έφηβος προσποιείται ότι πηγαίνει σχολείο αλλά φεύγει και περνάει άλλου τις ώρες του και αυτό συμβαίνει διότι οι έφηβοι νιώθουν μοναξιά, αποξένωση και πως δε μπορούν να γίνουν αποδεκτοί από τους σχολικούς φίλους. Σαν αποτέλεσμα θα έχει ορισμένοι από αυτούς να εγκαταλείψουν οριστικά το σχολείο και να θα αναπτύσσουν στοιχειά εγκληματικότητας και παραβατικότητας. (*Bradley-CoprueI, C. (2004 [2009])*).

Έρευνες που έγιναν μετά τον Β΄ παγκόσμιο πόλεμο από τον R.Spitz σε ορφανοτροφεία έδειξαν ότι και τα βρέφη μπορούν να βιώσουν αγχωτικές καταστάσεις και να έχουν αισθήματα λύπης και αποχωρισμού. Η κλινική εικόνα περιέγραψε ένα βρέφος 6-8 μηνών το όποιο χωρίζεται από τη μητέρα του η όποια εμφανίζεται με γενική απάθεια, αδιαφορία προς το περιβάλλον ανορεξία και αϋπνία. Εύκολα μπορεί να αποκατασταθεί αυτή η καταστέει εάν στον 3-5 μήνα μετά τον αποχωρισμό βρεθεί μητρικό υποκατάστατο. Μπορούν εύκολα να εξαλείφουν αυτά τα συμπτώματα. Πλέον η βρεφική κατάθλιψη εκδηλώνεται με αδυναμία διάθεσης όπως να φάει να ακούσει να μυρίσει και η κατάσταση αυτή ονομάζεται «κρύα» κατάθλιψη η «σύνδρομο του άδειου» που εκφράζει την αδιαφορία του βρέφους για τον εαυτό του και την οικογένεια του.

ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ(*Nardi DA 2007*):

A)Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες: Είναι πιο εύκολο τα παιδιά και οι έφηβοι να αναπτύξουν καταθλιπτική διαταραχή όταν υπάρχει οικογενειακό ιστορικό. Όταν υπάρχει ένδειξη για απόπειρα απόπειρας το ποσοστό μεγαλώνει στα παιδιά και στους εφήβους όταν οι γονείς έχουν κατάθλιψη σε σχέση με τους μη καταθλιπτικούς γονείς. Επομένως μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχουν τα παιδιά όταν νοσούν και οι δυο γονείς.

B)Οικογενειακοί παράγοντες και ατομικοί παράγοντες. Όταν οι γονείς διαπληκτίζονται μπροστά στο παιδί, όταν ο πατέρας κτυπάει τη μητέρα μπροστά στο παιδί

και το αντίθετο, σε καθημερινή βάση υπάρχει ένταση και άγχος μέσα στο σπίτι, όταν κακοποιείται ένα παιδί η έφηβος από τους γονείς του και σωματικά και ψυχικά είναι πιο εύκολο να εμφανίσει κατάθλιψη. Ακόμη ένα διαζύγιο, ένας θάνατος ενός σημαντικού προσώπου της οικογενείας, έλλειψη υποστήριξης από τους γονείς προς το παιδί, εμπαιγμός άλλων παιδιών προς το παιδί, δυσκολία απόκτησης φίλων αποτελούν αίτιες κατάθλιψης. Στους εφήβους αποτελεί σημαντικό αίτιο και η ερωτική απογοήτευση αλλαγή σχολείου και η σχολική αποτυχία.

Γ)Γνωστική προσέγγιση. Εδώ τα παιδιά εμφανίζονται μίξερα, καταθλιπτικά, παρουσιάζουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και έντονη απογοήτευση. Νιώθουν τελείως αβοήθητα και ότι δεν υπάρχει στήριξη από πουθενά. Δυσκολεύονται επίσης στη δημιουργία νέων φίλων. Τα παιδιά και οι έφηβοι έχουν έναν αρνητικό τρόπο να ερμηνεύουν τα πράγματα που τους συμβαίνουν. Για παράδειγμα μια κακή σχολική βαθμολογία η απόρριψη από τους συμμαθητές του τους γεμίζει με άγχος. Μια μελέτη που έγινε πάνω στο αν τα παιδιά με όλον αυτόν τον αρνητισμό που έχουν είναι αποτέλεσμα στοιχείο του χαρακτήρα τους η αποτελεί κάποιο επεισόδιο κατάθλιψης συμπέρασμα έδειξε πως ακόμη και μετά το τέλος του καταθλιπτικού επεισοδίου τα συγκεκριμένα παιδιά συνέχιζαν να έχουν την ίδια στάση με κίνδυνο εμφάνισης νέων καταθλιπτικών επεισοδίων. (Medlook. 2010)

Η θεραπεία περιλαμβάνει την ψυχοθεραπευτική μέθοδο. Συνήθως η ψυχοθεραπεία είναι γνωστικού, συμπεριφορισμού, ατομικού και οικογενειακού χαρακτήρα αφού ειδικός ψυχικής υγείας συζητάει πρώτα με τους γονείς, να ανακαλύψουν αυτοί πρώτα τα δικά τους καταθλιπτικά συμπτώματα και στη συνέχεια αφού βοηθηθούν θα είναι έτοιμοι να υποστηρίξουν και τα παιδιά τους. Ο ψυχοθεραπευτής μαθαίνει στο παιδί και τον έφηβο πώς να αποκτάει αυτοπεποίθηση, πώς να βρει νέους τρόπους να επικοινωνεί με τους φίλους και το πώς να κάνει νέες παρέες και φίλους. Επίσης μέσα από τις συνεδρίες το παιδί να μαθαίνει να διαχειρίζεται το άγχος του και τον θυμό του. Το σχολείο σε συνεργασία με τους γονείς θα μπορούσε να βοηθήσει προκειμένου να αντιμετωπισθούν οι συνθήκες που προκαλούν σύγχυση, απάθεια, απομόνωση, καταστάσεις δηλαδή που βιώνουν πολλά παιδιά. Η φαρμακευτική αγωγή στα παιδιά δε συνίσταται παρά μόνο σε βαριές μορφές κατάθλιψης. Στους εφήβους η νεότερη γενιά αντικαταθλιπτικών όπως οι αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης μπορεί να βοηθήσει σε αντίθεση με τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά όπως ήταν τα τρικυκλικά που προκαλούν πολλές παρενέργειες. Τέλος ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας θα βοηθήσει

τόσο τα παιδιά όσο και τους εφήβους για την εξαλείψη της νόσου και τη καλύτερη δυνατή μετάβαση στην ενήλικη ζωή και αντίστοιχα στην εφηβική ζωή.

3.2 Γυναίκες και κατάθλιψη

Όπως είναι γνωστό η κατάθλιψη δε κάνει διακρίσεις ανάμεσα σε φύλλο, εθνικότητα ή κοινωνική τάξη. Έτσι λοιπόν και οι γυναίκες υποφέρουν από κατάθλιψη λόγω του διπλού τους ρόλου που έχουν στη σύγχρονη εποχή. Μεγαλύτερο ποσοστό εμφάνισης κατάθλιψης αντιστοιχεί στις γυναίκες από ότι στους άντρες 20% έναντι 10%. Μια στις οχτώ γυναίκες θα εμφανίσει κατάθλιψη σε κάποιο στάδιο της ζωής της. Εμφανίζεται συνήθως σε ηλικίες 24-44, γυναίκες οι οποίες είναι σε φάση αναπαραγωγής. Κορίτσια 14-18 ετών εμφανίζουν και αυτά κατάθλιψη σε μεγαλύτερο ποσοστό από τα συνομήλικα αγόρια. Το 20-25% των γυναικών εμφανίζουν προεμμηνουρσιακό σύνδρομο, το 10-15% των νέων μητέρων παθαίνει επιλόχεια κατάθλιψη που συμβαίνει στο πρώτο χρόνο από τη γέννηση του παιδιού.

Τα αίτια και οι παράγοντες που είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση κατάθλιψης στις γυναίκες είναι γενετικής, ορμονικής-χημικής, περιβαλλοντικής, ψυχολογικής και κοινωνικής φύσεως. (*Smith M, Jaffe J. 2011*)

Εάν κάποια γυναίκα έχει ατομικό και οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξει τη νόσο. Εάν υπάρχει απώλεια γονέα ή θάνατος σημαντικού προσώπου είτε στη παιδική είτε στην ενήλικη ζωή.

Αν υπάρχει σεξουαλική κακοποίηση κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας.

Διατροφικές συνήθειες αποτελούν αιτία κυρίως κατά την εφηβική ηλικία αφού ολοένα και περισσότερο ακούγονται περιστατικά ανορεξίας και βουλιμίας.

Χημικές ουσίες του εγκεφάλου και ορμόνες φαίνεται να είναι σημαντικός παράγοντας σε καταθλιπτικές διαταραχές. Έρευνες έχουν δείξει πως ο εγκέφαλος σε μαγνητική τομογραφία είναι διαφορετικός σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη σε σχέση με τα άτομα που δεν έχουν κατάθλιψη. Όταν τμήματα του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνα για τη ρύθμιση της διάθεσης, της σκέψης, του ύπνου και της συμπεριφοράς φαίνεται να μη λειτουργούν κανονικά. Αλλά αυτές οι εικόνες δεν αποκαλύπτουν γιατί η κατάθλιψη έχει εμφανιστεί αφού και οι ορμόνες επηρεάζουν τη διάθεση μια γυναίκας. Η κατάθλιψη μπορεί να εμφανιστεί πριν ωστόσο, κατά τη διάρκεια και μετά τη γέννηση του παιδιού η οποία είναι

γνωστή ως επιλόχεια κατάθλιψη. Οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σοβαρή κατάθλιψη κατά τη διάρκεια της εμμηνόπαυσης και τέσσερις φορές περισσότερο μετά την εμμηνόπαυση αντίθετα με πριν την έναρξη της.

Μια στις τρεις γυναίκες υποφέρει επίσης από κάποια μορφή κατάχρησης η εξάρτηση από ουσίες ναρκωτικών.

Τα συμπτώματα που ταλαιπωρούν τις γυναίκες είναι τα εξής: (*Smith M, Jaffe J. 2011*)

- Αισθήματα ενοχής
- Αισθήματα θλίψης
- Αισθήματα απογοήτευσης
- Απώλεια ενδιαφέροντος για πράγματα τα όποια στο παρελθόν την ικανοποιούσαν
- Τάση για αυτοκτονία
- Διατροφικές αλλαγές(ανορεξία- βουλιμία)
- Διαταραχές ύπνου
- Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
- Έντονη κόπωση
- Δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων
- Διάφοροι σωματικοί πόνοι οι όποιοι δε υποχωρούν παρά τις πολλαπλές επισκέψεις σε διάφορους γιατρούς
- Υπερβολική ανησυχία και υπερβολικό κλάμα

3.3 Άνδρες και κατάθλιψη

Η κατάθλιψη θεωρείται γυναικείο πρόβλημα.(*Dr Timms P., 2010*)Έρευνες δείχνουν ότι το ποσοστό νόσησης των ανδρών σιγά σιγά αρχίζει να αγγίζει το ποσοστό των γυναικών χωρίς όμως να το ξεπερνά. Όμως είναι λιγότερο πιθανό να ζητήσουν ιατρική βοήθεια σε σχέση με τις γυναίκες. Κάποιοι μελετητές υποστηρίζουν πως η κατάθλιψη αυξάνεται πολύ σε άτομα μέσης ηλικίας ποσοστό που αγγίζει το 40% σε σχέση με τις γυναίκες που φτάνει το 25%.Στους άντρες δεν είναι εύκολο να διαγνωστεί η κατάθλιψη και αυτό γιατί η κατάληψη εμφανίζεται συνήθως σε άντρες έλικας 40-60 ετών ενώ στις γυναίκες μπορεί να εμφανιστεί και από την εφηβική ηλικία . Η κατάθλιψη σαν ασθένεια μπορεί να έχει διαφορές μορφές πολλές φορές συγκαλυμμένες εμφανίζοντας συμπτώματα ψυχικά και σωματικά με αποτέλεσμα να είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί από ειδικούς ψυχικής υγείας. Σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι η κατάθλιψη τη σύγχρονη εποχή θεραπεύεται αρκεί να αναγνωρισθεί εγκαίρως. Τέλος υπολογίζεται ότι 7% των ανδρών προσβάλλονται από κατάθλιψη ετησίως.

Τα κυριότερα συμπτώματα στους άντρες είναι:

- Έντονα συναισθήματα λύπης και θύμου
- Απώλεια ενδιαφέροντος
- Έντονη κούραση
- Δυσκολία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων
- Διαταραχές ύπνου
- Διαταραχές διατροφής
- Αρνητικές σκέψεις(αυτοκτονία, σκέφτονται τον θάνατο)
- Επιθετικότητα
- Μείωση ορμονών(τεστοστερόνη)
- Κατάχρηση ουσιών και αλκοολισμού

Ωστόσο οι άντρες δε μιλάνε εύκολα για το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν, δε θέλουν να παραδεχτούν πως νιώθουν αδύναμοι, ευάλωτοι και προσπαθούν να κρύψουν το πρόβλημα που τους απασχολεί. Πιστεύουν επίσης πως αν ζητήσουν βοήθεια ότι

χάνεται ο αντρισμός τους. Συνήθως δίνουν σημασία περισσότερο στη δουλεία τους παρά στην οικογένεια του γεγονότος που κάνει τη κατάσταση ακόμα χειρότερη και μπορεί να έχει ως αποτέλεσμα τον χωρισμό ενός ζευγαριού. Πολλές φορές βρίσκουν διέξοδο στο ποτό. Είναι γνωστό πως οι γυναίκες μετά τη γέννηση του παιδιού τους σε αναλογία 1 προς 10 μπορεί να εμφανίσουν κατάθλιψη. Πλέον μπορούν και οι άντρες να εμφανίζουν κατάθλιψη λόγω αυτού του γεγονότος. Ο αριθμός θανάτων λόγω αυτοκτονιών είναι τέσσερις φορές μεγαλύτερος σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Τα αίτια της κατάθλιψης στους άντρες είναι:

- Μείωση ορμονικής παράγωγης(τεστοστερόνης) από τους όρχεις(υπογοναδισμός)
- Απώλεια εργασίας
- Μειωμένη σεξουαλική επιθυμία
- Θάνατος η οθώνεια ενός αγαπημένου προσώπου
- Γέννηση του παιδιού του θεωρείται πρωτόγνωρη εμπειρία και ξαφνικά ο άντρας έχει να αναλάβει περισσότερες ευθύνες από ότι πριν.
- Χωρισμός και διαζύγιο
- Προβλήματα επικοινωνίας με το κοινωνικό του περιβάλλον (δυσλειτουργικές σχέσεις)

Ως γνωστόν οι γυναίκες και οι άντρες που πάσχουν από καταθλιπτική διαταραχή έχουν την ίδια θεραπευτική αντιμετώπιση που περιλαμβάνει φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία. Η φαρμακευτική αγωγή γίνεται με αντικαταθλιπτικά φάρμακα τα όποια θα μειώσουν αισθητά τις αρνητικές σκέψεις, τα αρνητικά συναισθήματα και τις διαταραχές συμπεριφοράς. Για να πάρει κάποια γυναίκα θεραπεία για υποκατάσταση ορμονών θα πρέπει να γίνουν συζητήσεις με τον θεράποντα ιατρό, να γίνουν μια σειρά από διάφορες εξετάσεις(μαστογραφία).Επίσης όσο αφορά τους άντρες και εδώ μπορεί να γίνει μια θεραπεία με χορήγηση τεστοστερόνης εφόσον υπάρχει το πρόβλημα του υπογοναδισμού. Δε θα πρέπει να κάνουν αυτή τη θεραπεία γυναίκες που καπνίζουν. Τέλος η ατομική, ομαδική, οικογενειακή και η γνωστική-συμπεριφορική ψυχοθεραπεία θα βοηθήσει τη γυναίκα να βρει μέσα από τις συνεδρίες άλλους τρόπους αντιμετώπισης των πραγμάτων που τις προβληματίζουν.

3.4 ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ ΚΑΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη στους ηλικιωμένους θεωρείται αρκετά συχνό φαινόμενο διότι τα άτομα τρίτης ηλικίας είναι πιο ευαίσθητοι σε ψυχικές ασθένειες από ότι οι νέοι άνθρωποι. Έρευνες δείχνουν πως οι ηλικιωμένοι έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να αυτοκτονήσουν από οποιαδήποτε άλλη ηλικιακή ομάδα. Ακόμη οι περισσότεροι από αυτούς δεν αναζητούν ιατρική και ψυχιατρική βοήθεια. Εμφανίζεται συνήθως μετά την ηλικία των 60 ετών και είναι γνωστή ως κατάθλιψη τρίτης ηλικίας. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η κατάθλιψη θεωρείται φυσιολογική εξέλιξη όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος λόγω των διαφόρων αλλαγών που συμβαίνουν στη ζωή του. Απτήν άλλη πλευρά όμως ορισμένοι υποστηρίζουν πως δε είναι απαραίτητο να εμφανίσουν κατάθλιψη και πως κάποιοι ακόμα και σε μεγάλη ηλικία έχουν διάθεση για ζωή και το μεγαλύτερο ποσοστό των ηλικιωμένων ατόμων προσαρμόζεται εύκολα στις μεταβολές που συμβαίνουν όταν φτάνει στη τρίτη ηλικία. (Δημητράσκου Θ., 2005)

Τα αίτια λοιπόν κατάθλιψης της τρίτης ηλικίας είναι τα εξής:

- Το αίσθημα αδυναμίας και ο φόβος του θανάτου καθώς μεγαλώνουν αποτελεί τη πιο σοβαρή αίτια για την εμφάνιση της κατάθλιψης.
- Απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου
- Η μοναξιά σε αυτή την ηλικία είναι συχνό φαινόμενο
- Η παραμέληση και η ψυχολογική υποστήριξη από την οικογένεια του καθώς πολλές είναι οι περιπτώσεις στις οποίες τα πόδια πηγαίνουν τους γονείς σε γηροκομεία και δε τους επισκέπτονται ποτέ.
- Η έλλειψη ανεξαρτησίας αφού σε αυτή την ηλικία μόνιμος χρειάζεται κάποιος να τον βοηθάει
- Διαφορές ιατρικές παθήσεις και χρόνιοι πόννοι είναι πολύ συχνό σε ηλικιωμένα άτομα όπως καρδιακές παθήσεις, εγκεφαλικά, κατάγματα, πάρκινσον κα
- Η γεροντική άνοια αρχικού σταδίου μπορεί να προκαλέσει κατάθλιψη
- Η χρόνια κατανάλωση πολλών φαρμάκων προκαλεί κατάθλιψη λόγω των ανεπιθύμητων ενεργειών
- Οικονομικά προβλήματα

Τα συμπτώματα των ηλικιωμένων περιλαμβάνουν:

- Επίμονο δυσφορία συναίσθημα
- Έλλειψη ενδιαφέροντος
- Χρόνιοι πόνοι
- Χρόνια προβλήματα δυσκοιλιότητας
- Διαταραχές ύπνου. Ξυπνάνε κατά τη διάρκεια της νύχτας και δυσκολεύονται να κοιμηθούν ξανά και κοιμούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας
- Αυτοκτονικές σκέψεις
- Απώλεια όρεξης και ως συνέπεια απώλεια βάρους
- Κοινωνική απομόνωση
- Χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοολισμού
- Απογοήτευση, θλίψη

Η θεραπεία των ατόμων τρίτης ηλικίας βοηθούν ακόμη περισσότερο όταν υπάρχει οικογενειακή υποστήριξη. Η οικογένεια θα πρέπει να βρίσκεται συνεχώς δίπλα στον ασθενή να τον φροντίζει, να του κάνει παριανά του δίνει την ώρα που πρέπει και τη δόση που πρέπει τη φαρμακευτική αγωγή. Η θεραπεία αναμνήσεων και ανασκόπησης της ζωής βοηθού τα άτομα που έχουν μειωμένη αυτοπεποίθηση, θλίψη και αισθήματα απελπισίας. Σκοπός της θεραπείας είναι να ανατρέξουν σε γεγονότα του παρελθόντος με φωτογραφικά άλμπουμ, μέσα από συζητήσεις, βίντεο και ημερολόγια ώστε να νιώσουν ευχαρίστηση και ζωντάνια. Ακόμα μια θεραπεία ονομάζεται προσανατολισμός στη πραγματικότητα. Αυτή βοηθού ηλικιωμένα άτομα να θυμηθούν που βρίσκονται, γιατί βρίσκονται εκεί και να αναγνωρίσουν οικεία πρόσωπα. Η ηλεκτροσπασμοθεραπεία αποτελεί μια αξιόπιστη μέθοδος θεραπείας για τους ηλικιωμένους και ειδικά σε ασθενείς με μείζονα κατάθλιψη και σε ασθενείς που έχουν ψυχωτικά συμπτώματα. Επίσης θα μπορούσαν να βοηθήσουν τον εαυτό τους με το ενασχοληθούν με τα ζώα και με τα λουλούδια φροντίδα αυτή θα περιλαμβάνει αγάπη, φροντίδα, χαλάρωση και διασκέδαση. Ωστόσο αυτή η θεραπεία είναι σκόπιμη αφού υπάρχουν ζώα ειδικά γιάντες τις περιπτώσεις τα όποια εκπαιδεύονται ώστε να είναι ήρεμα και μη απειλητικά για τους ηλικιωμένους. Επίσης η ψυχοθεραπεία και αυτή με τη σειρά της μπορεί να βοηθήσει τα άτομα τρίτης ηλικίας που έχουν κατάθλιψη να νιώσουν καλύτερα. Τέλος η φαρμακευτική αγωγή με διάφορα αντικαταθλιπτικά (αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης και επαναπρόσληψη της σεροτονίνης θεωρείται ασφαλής θεραπεία) και σωτήριο μέσο για τους ηλικιωμένους. Ωστόσο θα πρέπει να γίνει

και εκπαίδευση στους ηλικιωμένους πως να τηρούν το ωράριο και τη σωστή δοσολογία για τη χορήγηση φαρμάκων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη είναι αναμφίβολα μια σοβαρή κατάσταση και οι επιπτώσεις της έχουν αντίκτυπο σε όλες τις εκφάνσεις της ζωής του άτομου που την έχει υποστεί. Επηρεάζει άμεσα την υγεία του ασθενούς στην περίπτωση μάλιστα συννοσηρότητας. Επιφέρει

αλλαγές όχι μόνο σε σωματικό επίπεδο αλλά και ψυχολογικό. (Admin 2012). Επιδρά στην ψυχοσύνθεση του ασθενούς, στις σχέσεις του με τα άτομα του περιβάλλοντος του και εν γένει στο κοινωνικό του γίνεσθαι. Οι επιπτώσεις της ωστόσο δεν περιορίζονται στο άτομο που πάσχει από αυτήν, αλλά εκτείνονται και στην οικογένεια και στο φιλικό περιβάλλον του ασθενούς. Η επιρροή αυτή, αν και έμμεση, είναι εξίσου σημαντική. Η κατάθλιψη επίσης έχει συνδεθεί με προβλήματα μνήμης. Τελευταία αλλά σημαντικότερη όλων των προηγούμενων επιπτώσεων είναι ο κίνδυνος της αυτοκτονίας που εγκυμονεί η κατάθλιψη με έσχατη συνέπεια ακόμη και το θάνατο. Γι' αυτό το λόγο στις επιπτώσεις που ακολουθούν γίνεται πρώτα απ' όλα λόγος για το αυτοκτονικό άτομο.

4.1 ΤΟ ΑΥΤΟΚΤΟΝΙΚΟ ΑΤΟΜΟ

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

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

Παρά τις διαφορές που υπάρχουν στις αναλογίες αυτοκτονιών και στον τρόπο της αυτοχειρίας σχετικά με την ηλικία (ενήλικες – έφηβοι) και τα δύο φύλα (άνδρες – γυναίκες) τα συμπτώματα είναι κοινά σε όλους.

Τα συνηθεστέρα προειδοποιητικά σημάδια είναι τα ακόλουθα:

- Το άτομο κατακλύζεται από σκέψεις θανάτου. Στο μυαλό του η αυτοκτονία είναι κάτι ιδανικό και φαντάζει ως η μοναδική διέξοδος στο αδιέξοδο που βιώνει.
- Μιλάει για το θάνατο είτε στο πλαίσιο αστεϊσμών είτε σοβαρών συζητήσεων. Φράσεις όπως « ο θάνατος είναι σωτηρία», «καλύτερα να πέθαινα», «όποιος πεθαίνει γλιτώνει» εντάσσονται όλο και συχνότερα στο καθημερινό του λεξιλόγιο. Μπορεί μάλιστα ακόμη και να γράφει ποιήματα για το θάνατο ή ιστορίες αυτοκτονίας και να απειλεί ότι θα αυτοκτονήσει.
- Καταλαμβάνεται από αισθήματα απόγνωσης, απελπισίας, ματαιότητας, ενοχής, αποτυχίας και αναξιότητας.
- Αποσύρεται από φίλους του αλλά και από την οικογένεια, απομονώνεται και δεν επιδιώκει καμία συναναστροφή.
- Δεν απολαμβάνει καμία δραστηριότητα και αδιαφορεί για τα πάντα. Εδώ αξίζει να αναφερθεί και ο αντίποδας του ίδιου συμπτώματος : ορισμένοι άνθρωποι θέλοντας να κρύψουν τα συναισθήματα τους οδηγούνται στο άλλο άκρο, της υπερδραστηριότητας, της υπερβολικής ενέργειας και διέγερσης.
- Υπάρχει η πιθανότητα να εκδηλώσει ενδιαφέρον για σύνταξη διαθήκης ή για ασφάλεια ζωής.
- Οδηγείται σε ακραίες συμπεριφορές που ελλοχεύουν τον κίνδυνο του θανάτου όπως για παράδειγμα γρήγορη οδήγηση.
- Ανεξήγητη χρήση αλκοόλ ή άλλων ουσιών.
- Χαρίζει αγαπημένα του αντικείμενα σε πρόσωπα του περιβάλλοντος του.
- Επιδιώκει να συναντηθεί με πρόσωπα που είχε να δει καιρό θέλοντας έτσι να τα αποχαιρετήσει.
- Παρουσιάζει ξαφνικές διαταραχές στον ύπνο και στις διατροφικές του συνήθειες.

Οι έφηβοι συγκεκριμένα εκτός από τα προαναφερθέντα μπορεί επίσης να εμφανίσουν τα ακόλουθα συμπτώματα (Schwartz A.,*PH.D.* 2009):

- Ξαφνικές αλλαγές στην εμφάνιση τους όπως για παράδειγμα στα μαλλιά τους και στον τρόπο που ντύνονται.
- Αδικαιολόγητα και ξαφνικά ξεσπάσματα.
- Απώλεια της ικανότητας να συγκεντρωθούν στα μαθήματα τους, αφηρημάδα, μείωση της σχολικής επίδοσης. (Λαζαράτου Ε. Αναγνωστόπουλος Δ. 2001)
- Σεξουαλική ασυδοσία.
- Αλλαγές στη φιλικές του σχέσεις.
- Αισθήματα ενοχής, ντροπής και θύμου.

Η αυτοκτονική διάθεση είτε αφορά ενήλικα άτομα είτε έφηβους προλαμβάνεται με την έγκαιρη διάγνωση. Απαιτείται να γίνει ακριβής διαπίστωση της σημαντικότητας του κίνδυνου και στη συνέχεια καθορισμός των παραγόντων που σχετίζονται με αυτόν ώστε να ακολουθηθεί η κατάλληλη παρέμβαση.

4.2 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ

Προεξέχουσα θέση κατέχει η τάση απομόνωσης που εκδηλώνει το άτομο κατά τη θεραπεία –και όχι μόνο- της κατάθλιψης. Αισθάνεται ότι κανείς δεν μπορεί να το καταλάβει και έτσι αρνείται οποιαδήποτε συναναστροφή με άτομα του οικογενειακού και φιλικού περιβάλλοντος του. Νιώθει ότι βιώνει μια πρωτόγνωρη κατάσταση και κανείς δε γνωρίζει πώς να τον βοηθήσει. Κλείνεται λοιπόν στον εαυτό του και αποσύρεται κοινωνικά. Στην απόσυρση αυτή συνηγορούν εκτός από τα αισθήματα απομόνωσης και οι ενοχές που καταλαμβάνουν τον ασθενή. Νιώθει τύψεις για όλο αυτό που του συμβαίνει και εκλαμβάνει τη μοναξιά ως μια μορφή 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. Έτσι δυσχεραίνει τις διαπροσωπικές του σχέσεις και αυτό λειτουργεί αντανεκλαστικά και στον περίγυρο του.

Η οικογένεια είναι εκείνη που υφίσταται στο μεγαλύτερο βαθμό όλες αυτές τις δυσκολίες λόγω και της καθημερινής επαφής με τον ασθενή. Όλα τα μέλη της οικογένειας καλούνται να προσαρμόσουν τις καθημερινές τους συνήθειες στα νέα δεδομένα. (*L.Mollinea 2010*). 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. (*Palsson J. 2008*). Ο ασθενής με κατάθλιψη παρουσιάζει μειωμένη αποδοτικότητα στον επαγγελματικό του χώρο λόγω της αδυναμίας του να συγκεντρωθεί, της απώλειας της ενέργειας του και της σωματικής του κόπωσης. Πέρα από αυτό όμως αναγκάζεται συχνά να απουσιάζει από την δουλειά του με τον κίνδυνο αναστολής ή και τερματισμού της. Οι οικονομικές του απολαβές επομένως κινδυνεύουν να μειωθούν δραστικά φτάνοντας ίσως και στο σημείο να εκμηδενιστούν. Επιπλέον λόγω των συχνών αναρρωτικών αδειών παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά παραγωγής και συνακόλουθα επιβράδυνση των αντίστοιχων εργασιών. Σε ευρύτερο κοινωνικό- οικονομικό επίπεδο η κατάθλιψη συνιστά μια σημαντική επιβάρυνση στον κρατικό προϋπολογισμό σε ό,τι αφορά στον τομέα της υγείας εξαιτίας της συχνούς χρήσης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης από τους ασθενείς της.

4.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΜΝΗΜΗ

Υπάρχουν πολλές και διφορούμενες απόψεις όσον αφορά τη σύνδεση της κατάθλιψης με την απώλεια μνήμης. (*Dr.Ch.Raison 2009*). Υπάρχει διχογνωμία από μέρους των επιστημόνων για το αν η κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο πρόκλησης σοβαρών προβλημάτων μνήμης ή συνιστά απλώς μια ένδειξη των αλλαγών του εγκεφάλου που μπορεί να οδηγήσουν στη νόσο του Alzheimer ή σε άλλες μορφές άνοιας. Μελέτες ωστόσο έχουν καταδείξει ότι η εγκεφαλική κυτταρική δραστηριότητα στο μετωπιαίο λοβό μειώνεται σε ασθενείς με κατάθλιψη. Αυτό εξηγείται από τα μειωμένα επίπεδα σεροτονίνης η οποία ευθύνεται και για τη ροή του αίματος στον εγκέφαλο. Τα κυριότερα συμπτώματα

που «κρούουν τον κώδωνα του κινδύνου» για απώλεια μνήμης είναι η αδυναμία συγκέντρωσης, η διάσπαση προσοχής, η μειωμένη εγρήγορση και εν γένει οι αισθητηριακές διαταραχές. Ένα καταθλιπτικό άτομο δεν διαθέτει την ενέργεια που απαιτείται ώστε να εστιάσει κάπου την προσοχή του και να μείνει συγκεντρωμένο για πολλή ώρα. Αυτό σε συνδυασμό με την γενικότερη απώλεια διάθεσης και ενεργητικότητας και την έλλειψη κινήτρων το απωθεί από την προσπάθεια προσήλωσης σε ένα συγκεκριμένο σημείο. Δυσκολεύεται επίσης να οργανώσει τις σκέψεις του και να τις θέσει σε σειρά προτεραιότητας. Κατά συνέπεια αργεί να αντιληφτεί τυχόν αλλαγές γύρω του και να αντιδράσει γρήγορα και άμεσα. Η κατάθλιψη έχει επίσης υποστηριχτεί ότι μειώνει την ικανότητα για τη δημιουργία μακροπροθέσμων αναμνήσεων. Το άτομο θυμάται μόνο σημαντικά γεγονότα, γεγονότα που του προκάλεσαν εντύπωση και αδυνατεί να ανακαλέσει ασήμαντες πληροφορίες. Το σημείο εκκίνησης για την απομνημόνευση πληροφοριών είναι η αισθητική ευαισθητοποίηση των πληροφοριών και η επεξεργασία αυτών των ερεθισμάτων από τον εγκέφαλο. Στον καταθλιπτικό ασθενή η εκτελεστική λειτουργία του εγκεφάλου είναι μειωμένη. (Pendic D. 2001).Μιαλό, διάθεση και μνήμη συνδέονται αμφίδρομα. Οι απαισιόδοξες επίσης σκέψεις που συνοδεύουν την κατάθλιψη μπορεί να επιδράσουν σε προηγούμενες γνώσεις του εγκεφάλου και έτσι το άτομο να παρουσιάζει την τάση να συγκρατεί μόνο δυσάρεστα γεγονότα και αρνητικές εμπειρίες. Και πάλι όμως η σύνδεση της κατάθλιψης με την απώλεια της γνωστικής λειτουργίας τίθεται υπό αμφισβήτηση. Τέλος, έχει παρατηρηθεί ότι τα καταθλιπτικά άτομα εμφανίζουν δυσχέρειες στη λήψη αποφάσεων, τόσο καθοριστικών όσο και ελάσσονος σημασίας.

4.4 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΣΤΟ ΣΩΜΑ

Η κατάθλιψη επιδρά αναμφίβολα στον οργανισμό επιφέροντας εμφανείς σωματικές αλλαγές (Krishnan K. 2002). Στα ήπια αλλά παρά ταύτα ενοχλητικά συμπτώματα συγκαταλέγονται μεταξύ άλλων οι διαταραχές στον ύπνο. Αυτές εκδηλώνονται είτε με τη μορφή αϋπνίας (το άτομο δυσκολεύεται να κοιμηθεί, κάνει ανήσυχο ύπνο ή ξυπνάει οι πολύ νωρίς) είτε με τη μορφή της υπερυπνηλίας (κοιμάται πολλές ώρες την ημέρα και δυσκολεύεται να ξυπνήσει και να σηκωθεί. Εκτός από τον ύπνο εμφανείς είναι οι αλλαγές στις διατροφικές συνήθειες του ατόμου.(HiCow 2011). Παρατηρείται είτε απώλεια της όρεξης με φυσικό επακόλουθο την απώλεια σωματικού βάρους είτε υπερβολική όρεξη με αποτέλεσμα την απότομη και ξαφνική αύξηση βάρους. Διαταράσσεται επομένως και η λειτουργία του γαστρεντερικού που μπορεί να εκδηλωθεί με πόνους στο στομάχι ,ναυτίες, διάρροια και προβλήματα εντέρου. Ένα πολύ δυσάρεστο σύμπτωμα είναι επίσης οι έντονοι πονοκέφαλοι από τους οποίους υποφέρει ο ασθενής και μπορεί να εξελιχτούν σε χρόνιες ημικρανίες. Στις συνήθειες σωματικές αλλαγές αναφέρονται ακόμη το αίσθημα κόπωσης και αδυναμίας, προβλήματα κίνησης και σεξουαλικές δυσλειτουργίες. Η κατάθλιψη θεωρείται ιδιαίτερα επικίνδυνη στην περίπτωση συννοσηρότητας. Εφιστάται ιδιαίτερη προσοχή σε ασθενείς με καρκίνο, ρευματοειδή αρθρίτιδα, σακχαρώδη διαβήτη, υπερθυρεοειδισμό, αρτηριακή υπέρταση, έλκος του δωδεκαδακτύλου και ψυχιατρικές παθήσεις όπως αγχώδεις διαταραχές.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Είναι ευρέως γνωστό και αποδεκτό ότι η διάγνωση της κατάθλιψης είναι κλινική και όχι εργαστηριακή. Αυτό όμως δε συνεπάγεται ότι δεν προκύπτουν ευρήματα από το εργαστήριο, απλώς τα ευρήματα αυτά δεν είναι καταδεδκτικά αλλά μόνο ενδεικτικά της κατάθλιψης. Δεν αφορούν δηλαδή αυτήν καθ'αυτήν τη νόσο αλλά τον αποκλεισμό κάποιων πιθανών πρωτογενούς σωματικής διαταραχής ώστε από εκεί και πέρα να αναζητηθούν και να διερευνηθούν τα συμπτώματα που σχετίζονται με την εμφάνιση της νόσου. (Μενεδιάτου Α. 2012). Σε πρώτη λοιπόν φάση είναι απαραίτητο για το άτομο που εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης να επισκεφτεί τον γενικό γιατρό ή τον παθολόγο ώστε να ελεγχτεί αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα οφείλονται σε κάποια άλλη ιατρική πάθηση ή προκύπτουν από τη χρήση οποιωνδήποτε φαρμάκων. Αν εξακριβωθεί ότι τα συμπτώματα δεν σχετίζονται με κάποια άλλη ασθένεια, τότε το επόμενο βήμα είναι η επίσκεψη στον ψυχίατρο ή στον κλινικό ψυχολόγο που θα εκτιμήσει -σε ψυχολογική πλέον βάση- το πλήρες ιστορικό των συμπτωμάτων και στη συνέχεια θα ακολουθήσει τις απαιτούμενες ενέργειες ώστε να ολοκληρωθεί η διάγνωση της νόσου. Όσο πιο έγκαιρα γίνει η διάγνωση τόσο πιο γρήγορα θα επέλθει και η θεραπεία της.

5.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΚΑΙ ΦΥΣΙΚΕΣ – ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ

Στόχος της φυσικής εξέτασης είναι να αποκλειστούν τα φυσικά αίτια για την κατάθλιψη.(Medlook 2007). Υπάρχουν πολλές ιατρικές παθήσεις που εμπεριέχουν συμπτώματα κατάθλιψης όπως είναι για παράδειγμα ορμονικές διαταραχές υποθυρεοειδισμός, ο υπερθυρεοειδισμός, η νόσος του Cushing (επινεφρίδια), οι διάφοροι τύποι καρκίνων, η σκλήρυνση κατά πλάκας, η σύφιλη, η νόσος του Parkinson, το Alzheimer κ.α. Ο γενικός γιατρός καλείται να εξετάσει οποιοδήποτε πρόβλημα σχετίζεται με το νευρικό και ορμονικό σύστημα ώστε να εξακριβωθεί αν τα καταθλιπτικά συμπτώματα απορρέουν από κάποια άλλη ασθένεια. Καλείται επίσης να εξετάσει αν αυτά έχουν προκληθεί από τη χορήγηση κάποιων φαρμάκων.

Φάρμακα που συνδέονται με την εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων είναι τα ακόλουθα:

- Τα κορτικοστεροειδή φάρμακα όπως είναι η πρεδνιζόνη, η υδροκορτιζόνη, η τριαμσινολόνη, τα Flonase, Nasocort, Nasonex, Flovent και Azmacort που χορηγούνται σε ασθενείς με χρόνια άσθμα ή ρευματοειδή αρθρίτιδα προκαλούν καταθλιπτικά συμπτώματα.
- Φάρμακα που χορηγούνται σε ασθενείς με τη νόσο του Parkinson, όπως τα Dopar, Trihexyphenidyl (Artane) και η βρωμοκρυπτίνη.
- Τα βαρβιτουρικά που συνιστώνται στην θεραπεία του άγχους και την αποφυγή επιληπτικών κρίσεων.
- Τα οιστρογόνα που χορηγούνται για τη θεραπεία των συμπτωμάτων της εμμηνόπαυσης και της οστεοπόρωσης.
- Οι στατίνες που χρησιμοποιούνται για τη μείωση της χοληστερόλης και την πρόληψη καρδιακής προσβολής.
- Το Lioresal, μυοχαλαρωτικό που συνιστάται στην σκλήρυνση κατά πλάκας και στην κάκωση του νωτιαίου μυελού.
- Το Synthroid που χορηγείται ως υποκατάστατο των θυρεοειδικών ορμονών.
- Η κυκλοσπορίνη που συνταγογραφείται για την καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος για την πρόληψη της απόρριψης μεταμοσχευμάτων.
- Η υοχιμβίνη που χορηγείται για την αντιμετώπιση της ανδρικής ανικανότητας.
- Οι αμφεταμίνες, τα κατασταλτικά όρεξης και τα οπιοειδή (ομάδα ναρκωτικών).

Στη συνέχεια ο γενικός γιατρός μπορεί να προβεί σε εργαστηριακές εξετάσεις του ασθενούς ώστε να αποκλειστούν άλλες διαγνώσεις. Με εξετάσεις αίματος μπορούν να ελεγχθούν οι δείκτες αναιμίας, τα επίπεδα ασβεστίου, οι ορμόνες του θυρεοειδούς, η ηπατική λειτουργία και η λειτουργία των νεφρών. Με εξετάσεις ούρων γίνεται έλεγχος για τυχόν λοιμώξεις, για τα επίπεδα των πρωτεϊνών και του σακχάρου. Άλλες εξετάσεις που μπορεί να οδηγήσουν στη διάγνωση άλλων ασθενειών, αποκλείοντας έτσι την κατάθλιψη είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα για σοβαρά καρδιακά προβλήματα, η αξονική τομογραφία ή η μαγνητική τομογραφία του εγκεφάλου για σοβαρές παθήσεις του εγκεφάλου όπως όγκος και το εγκεφαλογράφημα για την καταγραφή της ηλεκτρικής δραστηριότητας του εγκεφάλου.

Ειδικά για τη διάγνωση της κατάθλιψης στις ηλικιωμένους εφιστάται ιδιαίτερη προσοχή και συνιστάται λεπτομερής σωματικός και νευρολογικός έλεγχος ώστε να αποκλειστούν εκφυλιστικά νοσήματα του κεντρικού νευρικού συστήματος όπως η νόσος

του Parkinson και η νόσος του Alzheimer, ενδοκρινικά νοσήματα (θυρεοειδής, επινεφρίδια), νεοπλασίες και καρδιαγγειακά νοσήματα. (*M.Thakur, MD, Dan G.Blazer, MD, PhD 2010*).Θα πρέπει επίσης να εκτιμηθούν και τυχόν προηγούμενα εγκεφαλικά επεισόδια. Εργαστηριακές εξετάσεις που μπορούν να συμβάλλουν στον αποκλεισμό των προαναφερθέντων ασθενειών είναι οι εξετάσεις θυρεοειδούς, ταχύτητας καθίζησης, γλυκόζης, ηλεκτρολυτών, Β12 και φιλικού οξέος πλάσματος.

5.2 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΙΔΙΚΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ

Από τη στιγμή που δεν έχουν εντοπιστεί φυσικά - παθολογικά αίτια που να εξηγούν την εμφάνιση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων, ο γενικός γιατρός παραπέμπει τον ασθενή σε έναν επαγγελματία ψυχικής υγείας. Αυτός θα ζητήσει από τον ασθενή ένα πλήρες ιστορικό των συμπτωμάτων : πότε ξεκίνησαν, πόσο διήρκεσαν, πόσο σοβαρά είναι, αν είχαν εμφανιστεί ξανά στο παρελθόν, πώς αντιμετωπίστηκαν. Θα ρωτήσει επίσης τον ασθενή αν καταλαμβάνεται από σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας ή αν τυχόν υπάρχει ιστορικό καταθλιπτικής ασθένειας στην οικογένεια του. Μέρος της εκτίμησης συνιστούν και ερωτήσεις σχετικά με πολιτισμικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν ή έχουν επηρεάσει στο παρελθόν τις συνθήκες ζωής του ασθενούς, καθώς επίσης και ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών. Πρέπει να τονιστεί στο σημείο αυτό ότι είναι ιδιαίτερος σημαντικό να αποκλειστεί ο συσχετισμός της κατάθλιψης με οποιαδήποτε άλλη ψυχική νόσο όπως για παράδειγμα δυσθυμία (επίμονη μορφή μείζονος κατάθλιψης) ή διπολική διαταραχή (νόσος με περιόδους κατάθλιψης και αυξημένης ενεργητικότητας που εκδηλώνεται ως μανία). Αυτό είναι εύλογο καθώς κάθε ψυχική διαταραχή εμφανίζεται με διαφορετικά συμπτώματα, επομένως τόσο η διάγνωση όσο και η θεραπεία που θα προταθεί θα είναι διαφορετικές. Εν κατακλείδι η ψυχική κατάσταση – συνέντευξη είναι στην ουσία ένα σύνολο παρατηρήσεων και ερωτήσεων που αποσκοπούν στον προσδιορισμό της κατάστασης του μυαλού του ασθενούς. Υπάρχουν ποικίλοι τύποι ερωτηματολογίων όπως για παράδειγμα πολλαπλής επιλογής ή αρνητικών και καταφατικών απαντήσεων (ναι – όχι), απαντήσεων που επιδέχονται διαβαθμίσεις .

Ακολουθούν παραδείγματα ερωτήσεων που μπορεί να περιέχονται σε τεστ κατάθλιψης. (*Dr. Chris Ballas 2012*).

- Κάνετε τα πάντα αργά: καθόλου , λίγο, μέτρια, πολύ, παρα πολύ.

- Έχετε χάσει το ενδιαφέρον σας για δραστηριότητες που άλλοτε σας προσέφεραν ευχαρίστηση: καθόλου, λίγο, κάπως, πολύ, παρα πολύ.
- Έχει περιοριστεί η σεξουαλική σας διάθεση: ναι, όχι, κάπως.
- Το μέλλον μοιάζει μάταιο: καθόλου, λίγο, ελαφρώς, πολύ, παρα πολύ.
- Νιώθετε ενοχές και πιστεύετε ότι πρέπει να τιμωρηθείτε: ναι, όχι, αρκετά, κάπως, πολύ.
- Έχετε διαταραχές στον ύπνο σας :καθόλου, λίγο, μέτρια, αρκετά, παρα πολύ.
- Αισθάνεστε μόνος και δυστυχισμένος: καθόλου, λίγο, κάπως, πολύ, παρα πολύ.
- Πώς θα αξιολογούσατε το επίπεδο του άγχους σας καθημερινά: χαμηλό, μεσαίο, υψηλό.
- Έχετε αδυναμία συγκέντρωσης: καθόλου, λίγο, κάπως, αρκετά, πολύ.
- Δυσκολεύεστε να πάρετε σημαντικές αποφάσεις: καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ.
- Επιθυμείτε ξαφνικά να καταναλώσετε πρόχειρο φαγητό ή φαγητό με πολλούς υδατάνθρακες : ναι, όχι
- Πώς θα αξιολογούσατε την αυτοπεποίθησή σας: χαμηλή, μετρία, ικανοποιητική, υψηλή.
- Προσπαθείτε να αποφύγετε τη συνάντηση με άλλους ανθρώπους :ναι, όχι.
- Αισθάνεστε συχνά να βρίσκεστε εκτός έλεγχου : ναι, όχι
- Νιώθετε κουρασμένος: καθόλου, λίγο, κάπως, αρκετά, παρα πολύ.
- Αισθάνεστε περισσότερο νεκρός παρά ζωντανός: καθόλου, λίγο, κάπως, πολύ, παρα πολύ.

Εκτός από τέτοιου είδους ερωτήσεις που ο ψυχίατρος ή ο κλινικός ψυχολόγος υποβάλλει στον ασθενή ή ακόμη και σε μέλη της οικογενείας του στο πλαίσιο συνέντευξης, μπορεί επίσης να χρησιμοποιήσει και τα ακόλουθα μέσα ελέγχου της κατάθλιψης, τις ψυχιατρικές κλίμακες και τα ερωτηματολόγια αυτο-αξιολόγησης. Παρατίθενται ορισμένα παραδείγματα:

- Απογραφή καταθλιπτικής διάθεσης (BDI). Πρόκειται για ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο ποσοτικοποίησης των επιπέδων της κατάθλιψης. Περιλαμβάνει 21 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και αυτοέκθεση απογραφής. Δημιουργήθηκε αρχικά από περιγραφές των ασθενών για τα συμπτώματά τους (διάθεση, απαισιοδοξία, αίσθηση αποτυχίας, ενοχή, αϋπνία, ευερεθιστικότητα, απώλεια βάρους, αυτοδυσάρεσκεια, κ.α.). Στο πρώτο μέρος της δοκιμής αναγνωρίζονται τα ψυχολογικά συμπτώματα, ενώ στο δεύτερο αξιολογούνται τα

σωματικά. Υπάρχουν τρεις εκδόσεις του BDI (BDI, BDI 1A, BDI II) από το 1961 ως το 1996.

- Zung – αυτοαξιολόγηση κλίμακα κατάθλιψης. Υπάρχουν 20 είδη της κλίμακας με 10 θετικά και 10 αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις. Κάθε ερώτηση βαθμολογείται με κλίμακα από το 1 ως το 4 με βάση τις απαντήσεις : λίγο από το χρόνο, μερικές φορές, καλό μέρος το χρόνο, το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου.
- Κλίμακα CES- D. Πρόκειται για ένα 20- στοιχείο αυτοαναφοράς του μέσου ενήλικα στο οποίο οι ασθενείς μπορούν να καταγράψουν και να αξιολογήσουν τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους από την προηγούμενη εβδομάδα. Είναι ένα έγκυρο, αξιόπιστο, οικονομικά αποδοτικό και γρήγορο μέσο έλεγχου για την αξιολόγηση των συμπεριφορών, γνωστικών και συναισθηματικών χαρακτηριστικών της κατάθλιψης.
- Η κλίμακα βαθμολογίας Hamilton για την κατάθλιψη (HRSD), γνωστή και ως κλίμακα της εκτίμησης της κατάθλιψης του Hamilton (HDRS) (*Zimmerman M, Chelminski I, Posternak M 2004 Sep*). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο πολλαπλών επιλογών το οποίο χρησιμοποιείται ευρύτατα από τους κλινικούς γιατρούς προκειμένου να βαθμολογήσουν τη σοβαρότητα της κατάθλιψης του ασθενούς.

Όποια μέθοδος κι αν επιλεγεί από τον ψυχίατρο για τη διάγνωση της κατάθλιψης απαραίτητη προϋπόθεση είναι η ειλικρίνεια στις απαντήσεις του ασθενούς. Έτσι υπάρχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να γίνει μια ακριβής διάγνωση και να ακολουθηθεί η αποτελεσματικότερη θεραπεία.

5.3 ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗΣ

Τα κριτήρια για τη διάγνωση της κατάθλιψης προκύπτουν από τα ακόλουθα ταξινομικά συστήματα:

DSM – IV Διαγνωστικό και στατιστικό εγχειρίδιο των ψυχικών διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Το εγχειρίδιο αυτό εκδίδεται από την Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρία και αφορά όλες τις διαταραχές ψυχικής υγείας σε παιδιά και ενήλικες (*American Psychiatric Association APA 2002*). Περιλαμβάνει τις αιτίες των διαταραχών αυτών, στατιστικές σχετικές με το φύλο και την ηλικία, αναφορές στην πρόληψη και στις θεραπευτικές προσεγγίσεις. Διακρίνεται για την πολυδιάστατη προσέγγιση της διάγνωσης καθώς αξιολογεί πέντε διαστάσεις:

- Κλινικά σύνδρομα. Ως κλινικά σύνδρομα νοούνται οι εκάστοτε διαγνώσεις (κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, κτλ)
- Αναπτυξιακές διαταραχές (αυτισμός, νοητική υστέρηση) και διαταραχές της προσωπικότητας(αντικοινωνική και οριακή διαταραχή)
- Φυσικές συνθήκες που επιδρούν στην εμφάνιση διαταραχών (π.χ. εγκεφαλική βλάβη)
- Ψυχοκοινωνικοί στρεσογόνοι παράγοντες
- Υψηλότερο επίπεδο λειτουργίας.

Ταξινόμηση ICD -10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς της Διεθνούς Νοσολογικής Ταξινόμησης (The ICD -10 Classification of Mental and Behavioural Disorders : clinical description and diagnostic guidelines). Πρόκειται για ένα διαγνωστικό εγχειρίδιο παρόμοιο με το DSM που εκδίδει ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας. Περιέχονται όλες οι ασθένειες κωδικοποιημένες με τα σημάδια και τα συμπτώματα τους. Ειδικά σε ό,τι αφορά την κατάθλιψη καταγράφονται η καταθλιπτική διαταραχή, το καταθλιπτικό επεισόδιο, το ήπιο καταθλιπτικό επεισόδιο, το μέτριο καταθλιπτικό επεισόδιο, το σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο χωρίς ψυχωτικά συμπτώματα και το σοβαρό καταθλιπτικό επεισόδιο με ψυχωτικά συμπτώματα.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για τις ψυχικές διαταραχές είναι ουσιαστικά περιγραφές των συναισθηματικών, συμπεριφορικών, γνωστικών και σωματικών συμπτωμάτων. Στην περίπτωση της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής για παράδειγμα στα συναισθηματικά συμπτώματα ανήκουν τα αισθήματα ενοχής, αναξιοσύνης και αυτο- τιμωρίας, στα

συμπεριφορικά ανήκει η κοινωνική απόσυρση, στα γνωστικά ανήκουν η αδυναμία συγκέντρωσης και η δυσκολία λήψης αποφάσεων και τέλος στα σωματικά οι διαταραχές ύπνου. Το DSM – IV είναι απαραίτητο εργαλείο για κάθε επαγγελματία ψυχικής υγείας. Χωρίς το DSM- IV δύο κλινικοί γιατροί μπορεί να σχηματίσουν τελείως διαφορετικές απόψεις σχετικά με την κατάσταση της ίδιας ασθένειας. Το DSM – IV συνιστά αναγκαίο οδηγό για τον καθορισμό των συμπτωμάτων και το συνακόλουθο προσδιορισμό των διαταραχών ώστε να επιτευχθεί συναίνεση μεταξύ των επιστημόνων, στην περίπτωση μάλιστα που μπορεί να υπάρχουν λεπτές αλλά πολύ σημαντικές διαφορές. Τέτοια περίπτωση συνιστούν για παράδειγμα τα άτυπα χαρακτηριστικά και τα μελαγχολικά χαρακτηριστικά η διάκριση μεταξύ των όποιων είναι εξαιρετικά δύσκολη. Εν κατακλείδι, η κατάθλιψη μπορεί να προσδιοριστεί ως:

- Ήπια, όταν τα συμπτώματα δεν είναι περισσότερα από τα ελάχιστα που απαιτούνται και η έκπτωση της λειτουργικότητας είναι ελάχιστη.
- Μέτρια, όταν τα συμπτώματα και η λειτουργική έκπτωση κυμαίνονται ανάμεσα στην ήπια και τη σοβαρή κατάθλιψη.
- Σοβαρή, όταν τα συμπτώματα είναι πολλά περισσότερα από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση και η έκπτωση της λειτουργικότητας είναι έντονη.

5.4 ΜΕΙΖΟΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΟ ΕΠΕΙΣΟΔΙΟ

Το βασικό διαγνωστικό κριτήριο για την κατάθλιψη είναι η ύπαρξη ενός ή περισσότερων Μείζονος Καταθλιπτικού Επεισοδίου (*American Psychiatric Association APA 2002*). Μπορεί να γίνει λόγος για την ύπαρξη Μείζονος Καταθλιπτικού επεισοδίου όταν παρατηρηθούν τα παρακάτω συμπτώματα: (*Chitty, K.K. (2004 [2009])*).

- Καταθλιπτική διάθεση κατά το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας.
- Απώλεια του ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που παλιότερα προκαλούσαν ευχαρίστηση.
- Απότομη αύξηση ή απώλεια σωματικού βάρους.
- Διαταραχές στον ύπνο.
- Ψυχοκινητική διέγερση ή βραδύτητα.
- Αίσθημα κόπωσης.
- Αδυναμία συγκέντρωσης και λήψης αποφάσεων.
- Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου.

Τα προαναφερθέντα συμπτώματα πρέπει να εμφανίζονται για δεκαπέντε τουλάχιστον ημέρες , να γίνονται αισθητά ως αλλαγή στην προηγούμενη λειτουργικότητα του άτομου και να προκαλούν κλινικά σημαντική υποκειμενική ενόχληση σε πολλούς τομείς της ζωής του , ώστε να οριστικοποιηθεί η διάγνωση. Επιπλέον, θα πρέπει να αποκλειστούν σωματικές ασθένειες ή η επίδραση κάποιων φαρμάκων που σχετίζονται με την εμφάνιση τέτοιων συμπτωμάτων. Τέλος, θα πρέπει να αποκλειστούν και εξωγενείς – περιβαλλοντικοί παράγοντες όπως για παράδειγμα η βίωση ενός θανάτου.

5.5 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ ΜΕ ΕΞΕΤΑΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Καινοτομία στον τομέα της παγκόσμιας υγείας αποτελεί η είδηση ότι η διάγνωση της κατάθλιψης μπορεί να καταστεί εφικτή μέσα από μια απλή εξέταση αίματος. Ιάπωνες ερευνητές στο Πανεπιστήμιο του Κείο στο Τόκιο έχουν επινοήσει ένα τεστ που δείχνει τα επίπεδα κατάθλιψης από τη μέτρηση της συγκέντρωσης του φωσφορικού οξέος στο αίμα. (Καππάτου Α. 2012). Η σύνδεση μεταξύ των επιπέδων φωσφορικού οξέος και κατάθλιψης επιβεβαιώθηκε σε προηγούμενη μελέτη, η οποία έδειξε ότι ασθενείς με κατάθλιψη παρουσίασαν χαμηλότερη συγκέντρωση των φωσφορικών αλάτων αιθανολαμίνης στο αίμα τους.

Προηγούμενες αιματολογικές εξετάσεις για τη διάγνωση της κατάθλιψης, οι οποίες βρίσκονταν υπό ανάπτυξη, ήταν σημαντικά χρονοβόρες, επειδή χρειαζόνταν ανάλυση του DNA των λευκών αιμοσφαιρίων. (eu MEDLINE 2011). Η νέα εξέταση υπόσχεται διάγνωση της κατάθλιψης σε χρόνο μηδέν. Μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της έγκαιρης ανίχνευσης της κατάθλιψης, εφόσον γίνεται στη διάρκεια τακτικών ιατρικών εξετάσεων. Σύμφωνα με τους επιστήμονες τα ευρήματα θα διευκολύνουν μια αντικειμενική, βιολογική διάγνωση των καταθλιπτικών συμπτωμάτων. Οι επιστήμονες στοχεύουν να κυκλοφορήσει η νέα διάγνωση της κατάθλιψης μέσα στα επόμενα δυο χρόνια, ύστερα από τις απαραίτητες κλινικές δοκιμές και την έγκριση του Υπουργείου Υγείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

6.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

Η νοσηλευτική εκτίμηση είναι το πρώτο στάδιο της νοσηλευτικής διεργασίας(*Ραγιά Α. 2001*). Παρακάτω ακολουθούν με σειρά τα βήματα που πραγματοποιούνται.

1. Στην έναρξη αυτού γίνεται η λήψη του νοσηλευτικού ιστορικού του ασθενή και συλλέγονται τα δεδομένα για τη γενικότερη κατάστασή του.

Παρακάτω αναφέρονται αναλυτικά τα στοιχεία που πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη κατά τη λήψη του ιστορικού:

- i) Γενετικοί και βιολογικοί παράγοντες κληρονομικότητας (οικογενειακό ιστορικό).
- ii) Στρεσογόνα γεγονότα στη διάρκεια της ζωής και πρόσφατη απώλεια.
- iii) Αποτελέσματα απ' τα προκαθορισμένα εργαλεία εκτίμησης για την κατάθλιψη (π.χ. ψυχομετρικό εργαλείο αξιολόγησης της κατάθλιψης, η κλίμακα διαβάθμισης του Hamilton, για την κατάθλιψη, γηριατρική διαβάθμιση της κατάθλιψης, ατομική διαβάθμιση της κατάθλιψης).
- iv) Προηγούμενο καταθλιπτικό επεισόδιο ή καταθλιπτική συμπεριφορά
- v) Ιατρικό ιστορικό
- vi) Κατανάλωση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών.
- vii) Ιστορικό σχετικά με τη μόρφωση και την εργασία.

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

3. Εκτιμούμε τους αυτοκτονικούς παράγοντες κινδύνου και πιθανές αυτοκτονικές συμπεριφορές που μπορεί να αποβούν θανατηφόρες:

- i) Παρατηρούμε ποιοι είναι οι στόχοι και οι σκοποί του ασθενή (π.χ. για την ανακούφισή του από στρεσογόνες καταστάσεις που οφείλονται σε δύσκολα προβλήματα)

ii) Παρατηρούμε αν ο ασθενής έχει απαισιόδοξα σχέδια για το μέλλον, γεγονός που ενθαρρύνει και τον αυτοκτονικό σχεδιασμό του και στη συνέχεια προσπαθούμε να τα αποτρέψουμε.

iii) Εκτιμούμε την ψυχική κατάστασή του (π.χ. παρουσία διαταραχής της σκέψης, επίπεδα άγχους, διάφορες διαταραχές της διάθεσης).

iv) Εκτιμούμε την καταλληλότητα του υποστηρικτικού συστήματός του.

v) Εκτιμούμε παρόντα στρεσογόνα γεγονότα, συμπεριλαμβάνεται ύπαρξη άλλων νόσων (και ψυχιατρικής και ιατρικής προέλευσης), πρόσφατες απώλειες, καθώς επίσης και ιστορικό κατάχρησης ουσιών.

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

6.2 ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

1. Αναλύουμε την επικρατέστερη διάθεση του ασθενή, τα επίπεδα άγχους, το βαθμό αυτοελέγχου και τη βαρύτητα των συμπτωμάτων.

Καθορίζουμε την επικινδυνότητα για αυτοκτονία, κατανοούμε ότι ο ασθενής με κατάθλιψη είναι υψηλού κινδύνου.

2. Εφαρμόζουμε εξατομικευμένη νοσηλευτική διάγνωση για τα άτομα ή την οικογένεια με καταθλιπτική διαταραχή ή αυτοκτονική συμπεριφορά και ιεραρχούμε τα παρακάτω (Ραγιά Α. 2001) :

i) Άγχος

ii) Αντιμετώπιση αναποτελεσματικής οικογένειας: συμβιβαστική λύση.

iii) Αντιμετώπιση, αναποτελεσματική προσωπικότητα του ατόμου.

iv) Αξιολόγηση της ανταπόκρισης της οικογένειας

v) Λύπη, δυσλειτουργία

vi) Έλλειψη ελπίδας

vii) Ελλειμματική γνώση

viii) Διαταραχή στη διατροφή, κίνδυνος λήψης λιγότερης ποσότητας από την αναγκαία.

ix) Καταβολή δυνάμεων.

- x) Έλλειψη αυτοεκτίμησης.
- xi) Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς.
- xii) Διαταραχή του ύπνου.
- xiii) Κοινωνική απομόνωση.
- xiv) Πνευματικές ανησυχίες.
- xv) Μειωμένη κριτική ικανότητα.
- xvi) Κίνδυνος για άσκηση βίας και στον εαυτό του και στους άλλους.

6.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ ΚΑΙ ΠΡΟΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΥ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Σ' αυτό το στάδιο προκαθορίζουμε τους στόχους για το αναμενόμενο αποτέλεσμα μαζί με τον ασθενή.

1. Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα:

- i) Ο ασθενής θα εκδηλώσει μείωση του άγχους.
- ii) Ο ασθενής είναι σε θέση να έχει υπό έλεγχο και να αντιμετωπίσει στρεσογόνα γεγονότα.
- iii) Ο ασθενής θα ξεπεράσει μια επίπονη διαδικασία εσωστρέφειας, εκφράζοντας τα συναισθήματά του στο υποστηρικτικό του περιβάλλον.
- iv) Ο ασθενής θα αποκαταστήσει τη διαταραχή του ύπνου και θα κοιμάται το λιγότερο 6-7 ώρες, χωρίς να διακόπτεται ο ύπνος.
- v) Ο ασθενής θα τρώει υγιεινά γεύματα ή τρεις φορές τη μέρα ή έξι φορές, αλλά μικρότερες μερίδες.
- vi) Ο ασθενής δε θα κάνει σκέψεις που δεν βασίζονται στην πραγματικότητα.
- vii) Ο ασθενής θα συμμετέχει σε κοινωνικές εκδηλώσεις, σε συζητήσεις και να νιώθει ότι ανήκει και αυτός σε κάποια ομάδα.
- viii) Ο ασθενής ανυπομονεί να συναντήσει τον ψυχοθεραπευτή και προγραμματίζουν μαζί την ώρα.
- ix) Ο ασθενής θα επαναλαμβάνει κάθε καλή πράξη που βοηθάει τον ίδιο ή και τους άλλους.
- x) Ο ασθενής θα έχει μια φυσιολογική σεξουαλική δραστηριότητα.

2. Καθορίζουμε τα κριτήρια για το επιθυμητό αποτέλεσμα στην οικογένεια που κάποιο μέλος πάσχει από κατάθλιψη:

i) Η οικογένεια εκφράζει ενδιαφέρον για το πάσχον μέλος.

Η οικογένεια έχει γνώσεις σχετικά με την κατάθλιψη, τη θεραπεία, τα σημάδια υποτροπής και την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων.

6.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

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

1. Για τον ασθενή με την καταθλιπτική συμπεριφορά εφαρμόζουμε τα παρακάτω (*Ραγιά Α. 2001, Brenda Happell, Leanne Cowin, Cath Roper and Kim Foster Rose McMaster 2008*):

- i) Αποδεχόμαστε τον ασθενή σαν ολότητα, αποφεύγοντας κάθε πράξη μας που μπορεί να εκληφθεί απ' αυτόν ως απειλή.
- ii) Προάγουμε την επαρκή διατροφή του, συμπεριλαμβάνοντας στα γεύματα του ασθενή και τροφές της προτίμησής του.
- iii) Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα για τις αυτοκτονικές τάσεις του ασθενή, αναλόγως με τις ήδη εκτιμημένες προθέσεις του.
- iv) Αποφεύγουμε την υπερβολική έκφραση χαράς ή συμπάθειας ή την έκφραση πολύ ρηχών αισθημάτων.
- v) Βοηθούμε τον ασθενή να δημιουργήσει ένα καθημερινό πρόγραμμα που θα συμπεριλαμβάνει και δραστηριότητες και ώρες ανάπαυσης.
- vi) Συμβάλουμε στην πρόοδο του ύπνου του δημιουργώντας ευχάριστες συνθήκες για την ώρα του ύπνου και την ανάπαυσή του (ώρες κοινής ησυχίας, μασάζ πριν κοιμηθεί, ήρεμη μουσική, χλιαρό ρόφημα όπως γάλα ή χαμομήλι).
- vii) Τον ενθαρρύνουμε να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, προσφέροντάς του όση υποστήριξη χρειάζεται.
- viii) Βοηθούμε τον ασθενή να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του και να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις και αντιλήψεις σχετικά με τον εαυτό του.
- ix) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να θέτει εύκολους και προσιτούς στόχους, έτσι ώστε με την ελάχιστη βοήθειά μας να τους πετυχαίνει.

- x) Του κάνουμε ερωτήσεις ή του εκφράζουμε αμφιβολίες σχετικά με την αρνητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την ελαττωμένη αυτοεκτίμηση.
- xi) Διευκολύνουμε τη βελτίωση της καταθλιπτικής πορείας του ασθενή, αποδεχόμενοι όλα τα συναισθήματα που εκφράζει.
- xii) Όταν ο ασθενής έχει παραισθήσεις χρησιμοποιούμε ενισχυτικές τεχνικές.
- xiii) Διαχειριζόμαστε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις εργαστηριακές εξετάσεις έτσι, ώστε να είναι κατάλληλα τα επίπεδα του αίματος (για μια σταθερή και κατάλληλη αγωγή).
- xiv) Παρακολουθούμε τον ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν.
- xv) Διδάσκουμε τον ασθενή σχετικά με τη συναισθηματική διαταραχή του συμπεριλαμβάνοντας την αιτιολογία, την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων, τις οδηγίες όσον αφορά τη θεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή και τέλος για τον τελικό του στόχο που είναι ο αυτοέλεγχος.
- xvi) Τον ενθαρρύνουμε ώστε να παίρνει μέρος και να συνεργάζεται και με τα άλλα μέλη της επιστημονικής ομάδας και να συμμετέχει σε άλλες ειδικές θεραπευτικές δραστηριότητες (τέχνες, μουσική, χορός), γιατί αυτό του δίνει την ευκαιρία να εκφράζει και μ' άλλους τρόπους τα συναισθήματά του.
- xvii) Ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή του σε ατομική αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία προκειμένου να συναναστρέφεται και με άλλα άτομα που πάσχουν απ' την καταθλιπτική διαταραχή.

2. Για τους ασθενείς με αυτοκτονική συμπεριφορά:

- i) Εγκαθιδρύουμε μια υποστηρικτική σχέση φιλίας μεταξύ του ασθενή με αυτοκτονική τάση και άλλων της ίδιας ομάδας, που όμως θέλουν να ζήσουν.
- ii) Παρακολουθούμε στενά τον ασθενή, χρησιμοποιώντας το πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων.
- iii) Ρωτούμε τον ασθενή να μας μιλήσει για την αυτοκτονία, συμπεριλαμβάνοντας ερωτήσεις σχετικά με τα ιδιαίτερα σχέδιά του και τα μέσα με τα οποία σχεδιάζει να τα πραγματοποιήσει.
- iv) Απομακρύνουμε επικίνδυνα και αιχμηρά αντικείμενα σύμφωνα με το πρωτόκολλο.
- v) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να κουβεντιάσει για όσα τον αγχώνουν, για όσα τον πληγώνουν, για ό,τι του προκαλεί θυμό και ό,τι τον ενοχλεί.

- vi) Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να συμφωνήσει σε μια μη αυτοκαταστροφική συμπεριφορά μέσω της συμπεριφοριστικής προσέγγισης.
- vii) Βοηθούμε τον ασθενή έτσι ώστε να βρει λύσεις στα προβλήματα που γι' αυτόν φαίνονται άλυτα.

Πρωτόκολλο βασικών προφυλάξεων στη φροντίδα αυτοκτονικού αρρώστου (Ραγιά Α. 2001)

1. Παραμονή του αρρώστου στο δωμάτιο με την πόρτα ανοιχτή, εκτός αν συνοδεύεται από μέλος του προσωπικού ή της οικογένειας. Ο άρρωστος μπορεί να χρησιμοποιεί την τουαλέτα μόνος του.
 2. Έλεγχος των κινήσεων του αρρώστου κάθε 15'. Τσεκάρισμα κάθε ελέγχου ασφαλείας σε ειδικό δελτίο αναρτημένο στην πόρτα του αρρώστου.
 3. Προσωπική παρατήρηση του αρρώστου όταν καταπίνει τα φάρμακά του.
 4. Έρευνα στα ατομικά του πράγματα για πιθανή ύπαρξη βλαβερών αντικειμένων, επί παρουσία του και με τη βοήθεια του.
 5. Έλεγχος των ειδών που φέρνουν οι επισκέπτες.
 6. Άδεια να έχει ο άρρωστος κανονικό δίσκο φαγητού, αλλά έλεγχος κατά πόσο τα γυάλινα ή άλλα σκεύη λείπουν όταν επιστρέφεται ο δίσκος.
 7. Χορήγηση άδειας να έρχονται επισκέπτες και να γίνονται τηλεφωνήματα, εκτός αν επιθυμεί διαφορετικά ο άρρωστος.
 8. Το πρόγραμμα προφύλαξης μπορεί να αρχίσει χωρίς την ιατρική οδηγία αλλά η ζήτηση της συμβουλής του ψυχιάτρου πρέπει να γίνει το συντομότερο.
 9. Τήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι κατάργησης του από τον ψυχίατρο σε συνεργασία με τον υπεύθυνο νοσηλεύτη.
- Πληροφόρηση του αρρώστου για τους λόγους και τις λεπτομέρειες των προφυλακτικών μέτρων. Η εξήγηση αυτή πρέπει να δίδεται από τον νοσηλεύτη και του γιατρό και να τεκμηριώνεται στο ατομικό δελτίο του αρρώστου.

6.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία (*Brenda Happell, Leanne Cowin, Cath Roper and Kim Foster Rose McMaster (2008)*).

1. Ο ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και φυσιολογική, καλή διάθεση.
2. Ο ασθενής δεν έχει αυτοκαταστροφικές τάσεις και εκφράζει την επιθυμία του να ζήσει.
3. Ο ασθενής τρώει κάθε μέρα υγιεινά γεύματα και διατηρεί φυσιολογικό βάρος.
4. Ο ασθενής παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.
5. Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάλει 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.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Η ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΙ ΤΑ ΕΙΔΗ ΤΗΣ

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στους τύπους της ψυχοθεραπείας και στο πώς μπορεί να βοηθήσει ανθρώπους να ξεπεράσουν φοβίες, ψυχοσωματικά προβλήματα, ψυχικές διαταραχές, διαταραχές διάθεσης και συμπεριφοράς με τη βοήθεια ειδικών ψυχικής υγείας.

7.1 Πρόλογος

Όπως είναι γνωστό η σύγχρονη εποχή κατακλύζεται από πολλά και δισεπίλυτα προβλήματα που απασχολούν τόσο τον άνθρωπο όσο και την κοινωνία σε αρκετά μεγάλο ποσοστό με δυσάρεστες συνέπειες. Αν θελήσει κάποιος να τα ιεραρχήσει εύλογα στην πρώτη θέση θα κατέτασσε την κατάθλιψη. Είναι λοιπόν ευχάριστο στην καθημερινότητα του ο άνθρωπος να νιώθει υγιής και ασφαλής .Αν αυτά διαταραχθούν αναπτύσσει συμπεριφορές που ο ίδιος δε μπορεί να τις ελέγξει.

Έτσι λοιπόν όταν αυτή η καταθλιπτική διαταραχή αρχίζει να καταβάλλει τον άνθρωπο ολοκληρωτικά τον κάνει να νιώθει ανήμπορο, ανασφαλή, φοβισμένο και ευάλωτο στο να αντιμετωπίσει με λογική και ορθότητα τις καταστάσεις τις οποίες είναι υπεύθυνες για την κατάσταση του. Όταν προσπαθεί να βρει κάποιο στήριγμα ,ένα στερεό έδαφος αλλά αντί αυτού βρίσκει έναν αρνητισμό από τους γύρω του και από την κοινωνία και έναν παραλογισμό ,τότε διαταράσσεται και ο κλονισμός του.

Η σημερινή κατάσταση της εποχής μας έχει κάνει πιο έντονη αυτή την αίσθηση της κατάρρευσης σε οικονομικό, πολιτικό, πολιτιστικό, ηθικό, πνευματικό και προσωπικό επίπεδο. Έτσι ο απλός, καθημερινός άνθρωπος νοιώθει όλο και πιο αδύναμος, όλο και πιο ασήμαντος. Τα ποσοστά είναι αρκετά υψηλά για όλα τα φύλα και τις ηλικίες όμως, ολοένα και πιο νέα άτομα καταλήγουν στη κατάθλιψη...

Ως επαγγελματίες νοσηλευτές θεωρούμε σημαντικό ότι πρέπει να έχουμε πλήρεις γνώσεις και απόψεις για τα θέματα υγείας που απασχολούν τόσο εμάς όσο και τους ανθρώπους που έχουν πραγματικά ανάγκη εμάς τους νοσηλευτές αλλά γενικότερα όλους τους επαγγελματίες υγείας.. Αυτό ήταν ουσιαστικά το ερέθισμα που μας έκανε να ασχοληθούμε με τη κατάθλιψη μια νόσο, που μαστίζει δυστυχώς την εποχή μας ελπίζοντας πάντα να φτάσει σε ένα επιθυμητό επίπεδο ώστε να μην υποφέρουν πια τόσοι πολλοί άνθρωποι.

Πολλοί είναι αυτοί που έχουν λάθος εντύπωση για τον ορό «ψύχωση» και χρησιμοποιείται από τον κόσμο με λάθος νόημα.. Συχνά στην καθημερινότητα του ο

άνθρωπος χρησιμοποιεί τον όρο ψύχωση για να περιγράψει κάποια εμμονή(πχ έχει ψύχωση με την καθαριότητα).Άτομα που πάσχουν από αυτή την ασθένεια δε γνωρίζουν ότι τη βιώνουν. Με τον όρο ψύχωση αναφερόμαστε σε μια διαταραχή η οποία επηρεάζει άμεσα τον ανθρώπινο εγκέφαλο. Οι λόγοι που μπορεί να εμφανίσει κανείς ψύχωση είναι πολλοί γιατί κάποιοι ίσως είναι πιο ευάλωτοι στο να εμφανίσουν ψύχωση πόσο μάλλον το ποσοστό αυξάνεται όταν και κάποιο άλλο μέλος της οικογενείας πάσχει από ψύχωση. Συνήθως αρχίζει στο τέλος της εφηβικής ηλικίας.

Ψύχωση είναι λοιπόν μια ψυχιατρική διαταραχή η όποια επηρεάζει τη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου με αποτέλεσμα την απώλεια επαφής από την πραγματικότητα .Σημαντικό ρόλο σε αυτήν τη λειτουργία του εγκεφάλου παίζει η ντοπαμίνη και η σεροτονίνη, δυο νευροδιαβιβαστές υπεύθυνοι για τη μεταβίβαση και μεταφορά πληροφοριών στον εγκέφαλο. Όταν αυτοί χάσουν τη λειτουργικότητα τους είναι πολύ εύκολο ο εγκέφαλος να υποστεί αλλοιώσεις με σκοπό τη λανθασμένη μεταφορά πληροφοριών στον εγκέφαλο και την εμφάνιση της ψύχωσης.

Είναι σπάνια ασθένεια η ψύχωση όμως μπορεί να εμφανιστεί σε όλους τους ανθρώπους σε οποιοδήποτε στάδιο της ζωής του ανεξάρτητου φύλου και ηλικίας. Η ψύχωση εμφανίζεται σε όλους τους ανθρώπους χωρίς να εξαιρείται η χώρα, η πόλη, ο πολιτισμός και η κοινωνική τάξη του κάθε ανθρώπου. Οι γυναίκες και εδώ κατέχουν μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης ψύχωσης σε σχέση με τους άντρες. Η αλλαγή στη συμπεριφορά του ασθενή, η αποδιοργανωμένη σκέψη, η αλλαγή στη συμπεριφορά και των συναισθημάτων του ,οι παραισθήσεις και οι ψευδαισθήσεις αποτελούν τα συμπτώματα στο να μπορέσει κάποιος ειδικός υγείας να διαγνώσει αυτή τη ψυχιατρική διαταραχή. Η ψύχωση διακρίνεται σε διαφορές μορφές και η πιο σημαντική θεωρείται ότι είναι η σχιζοφρένεια. Άλλες μορφές ψύχωσης είναι : η διπολική διαταραχή, η σχιζοφρενικόμορφη διαταραχή, προκαλούμενη από ουσίες ψυχωσική διαταραχή, παραληρητική διαταραχή, σχιζοσυναισθηματική διαταραχή, μείζων κατάθλιψη, ψύχωση από ιατρική κατάσταση και βραχεία αντιδραστική ψύχωση.

Η ψύχωση έχει εξάρσεις και υφέσεις όπως όλες οι ασθένειες.. Η ύφεση έχει ως σκοπό να μειώσει ή να εξαλείψει με την πάροδο του χρόνου τα συμπτώματα με τη βοήθεια πάντα πολλών παραγόντων.. Αν ο ασθενής που πάσχει από σχιζοφρένεια και παρά τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής εμφανίσει και πάλι ακόμα ένα επεισόδιο ψύχωσης αυτό ίσως παίξει καθοριστικό ρόλο στη συνέχιση της θεραπείας του.. εύλογο θα ήταν να αναφέρει κανείς πως το οικογενειακό του περιβάλλον και οι συγγενείς του αποτελούν σημαντικό παράγοντα στη θεραπεία του ασθενή αρχικά με τη στήριξη και νιώθοντας ο

πάσχοντας ότι έχει μια ασφάλεια και μια ομάδα ατόμων που τον περιτριγυρίζει στο να ξεπεράσει το πρόβλημα του..

Επομένως ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής, στήριξης από διάφορους φορείς μα πάνω από όλα θέληση από τον ίδιο τον ασθενή να «ξαναγυρίσει» και πάλι στη ζωή αποτελούν σημαντικά στοιχεία ώστε σιγά σιγά να ξαναβρεί τον εαυτό του και πάνω από όλα την οργανωμένη σκέψη του και σωστή διαχείριση των συναισθημάτων του..!

7.2 Εισαγωγή

Η ψυχοθεραπεία είναι ένας κλάδος της ψυχολογίας ο οποίος ασχολείται εξ' ολοκλήρου με τον άνθρωπο που έχει ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα και έχει άμεση σχέση με τον θεραπευτή του(Karel, M. J., & Hinrichsen, G. 2000). Στη σύγχρονη εποχή είναι πολύ παρεξηγημένη έννοια το ότι κάποιος θέλει να προβεί σε ψυχοθεραπεία . Αυτό όμως ίσως να έχει αρνητικό αποτέλεσμα σε αυτόν που την έχει πραγματικά ανάγκη διότι, πιστεύει πως αν τυχόν μαθευτεί ότι θα υποβληθεί σε ψυχοθεραπεία ή ότι συμβουλευτείται ειδικούς για να τον βοηθήσουν θα στιγματιστεί στο κοινωνικό και προσωπικό του περιβάλλον. Σε πρώτη φάση θα πρέπει ο άνθρωπος να αποδεχτεί ότι όντως δε νιώθει καλά ψυχολογικά τον τελευταίο καιρό, σε δεύτερη φάση να ζητήσει τη βοήθεια ενός ειδικού και σε τρίτη φάση να συζητήσει με τον ψυχοθεραπευτή και να καταλάβει πως σκοπός του ψυχοθεραπευτή είναι η απαλλαγή ,η καλύτερευση αυτών των συναισθημάτων που τον ταλαιπωρούν. Επίσης είναι σημαντικό να σημειωθεί πως όταν κάποιος ζητήσει τη βοήθεια ενός ψυχοθεραπευτή δε σημαίνει ότι έχει κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Πολλοί είναι αυτοί που μπορεί σε κάποιο στάδιο της ζωής του να περνούν δυσκολίες (όπως κάποιο διαζύγιο, πένθος, απόλυση από την εργασία κ.α). και αφήνουν όλα αυτά τα προβλήματα να συσσωρεύονται μέσα τους χωρίς να μπορούν να τα λύσουν μόνοι τους. Το να υποφέρει κάποιος από κάτι παθολογικό αποτελεί αίτια για να επισκεφτεί κάποιον παθολόγο το να πονάει όμως ψυχικά δεν αποτελεί πρωταρχικό σκοπό ώστε να επισκεφτεί κάποιον ειδικό.

Σκοπός της ψυχοθεραπείας είναι πρώτα από όλα να κάνει το άτομο λιγότερο ευάλωτο σε διάφορες καταστάσεις και να αλλάξει τον τρόπο με τον οποίο σκέφτεται και λειτουργεί. Με αυτόν τον τρόπο θα είναι λιγότερο πιεσμένος, ανασφαλής και απογοητευμένος. Να προσπαθήσει ξανά να πιστέψει στον εαυτό του να νιώσει και πάλι δυνατός και ανεξάρτητος να μην εξαρτάται ούτε από τη γνώμη του άλλου ούτε από τίποτα. Αυτή η αυτοπεποίθηση και η ανεξαρτησία θα του δώσει πάλι δύναμη και κουράγιο. Θα

πρέπει να αλλάξει τον κοινωνικό και φιλικό περίγυρο του. Να γνωρίσει νέους ανθρώπους με τους οποίους θα περνάει ευχάριστα και θα νιώθει και πάλι την ανάγκη να αγαπήσει, να ερωτευτεί. Επίσης η ενασχόληση με διάφορες δραστηριότητες αποτελεί τρόπο ψυχοθεραπείας. Το περπάτημα, το διάβασμα ενός βιβλίου, η χαλαρή μουσική, η παρέα με καλούς φίλους αποτελούν και αυτοί τρόπους ψυχοθεραπείας(Karel, M. J., & Hinrichsen, G. 2000).

Η ψυχοθεραπεία μπορεί να λειτουργήσει θεραπευτικά όταν ο ψυχοθεραπευτής σέβεται τον άνθρωπο που έχει απέναντί του τον ακούει με προσοχή χωρίς να κρίνει όταν προσφέρει ένα περιβάλλον άνεσης, εμπιστοσύνης, αποδοχής όταν προσπαθεί με διάφορες μεθόδους να εξωτερικεύσει συναισθήματα του που ποτέ δε το είχε κάνει σε κανέναν.

Ο θεραπευτής με αυτούς τους τρόπους δεν προσπαθεί να αλλάξει ολοκληρωτικά τον χαρακτήρα του ανθρώπου απλά να τον κάνει καλύτερο διώχνοντας ή ελαττώνοντας κάποια άσχημα στοιχεία του χαρακτήρα του. Προσπαθεί να κάνει τον ενδιαφερόμενο να δει με άλλο μάτι τη ζωή πιο αισιόδοξα, να συγχωρεί πιο πολύ, να δέχεται πράγματα και να επιδιώκει να προσπερνά ευχάριστα τις δυσκολίες που του έρχονται και όλα αυτά που του προξενούσαν άγχος και να πρέπει να τα αντιμετωπίσει με δύναμη(Teri, L., & McCurry, S. M.2000)

Είναι καλό ο ενδιαφερόμενος να έχει αποκτήσει όλο το διάστημα των συναντήσεων του μια καλή και φιλική σχέση με τον ψυχοθεραπευτή του γιατί ο θεραπευτής αυτός που θα θέσει όρους , θα δώσει συμβουλές. Επομένως θα πρέπει το άτομο να είναι έτοιμο να τις δεχτεί και να τις αποδεχτεί μα πάνω από όλα να τις ακολουθήσει πιστά. Κατά τη διάρκεια της ψυχοθεραπείας ο ενδιαφερόμενος ίσως είναι συναισθηματικά φορτισμένος και συγκινημένος. Αυτό είναι καλό σημάδι διότι αρχίζει και βγάζει περισσότερο το χαρακτήρα του προς τα έξω και ο θεραπευτής «εισχωρεί» πιο βαθιά στο μυαλό του ατόμου(*Lenze, E.J. et al.,2005*).

Σε όλες τις επισκέψεις είναι καλό ο θεραπευτής με τον ενδιαφερόμενο να βλέπουν σε τι επίπεδο έχουν φτάσει. Αν υπάρχει αποτελεσματικότητα, θα υπάρχουν αλλαγές προς το καλύτερο. Καλό θα είναι να υπάρχει κάποιο κενό ανάμεσα στις συναντήσεις τους διότι αυτό δίνει το χρόνο στο άτομο να σκεφτεί και να επεξεργαστεί όλα όσα λέχθηκαν στις προηγούμενες συναντήσεις τους.

7.3 Ατομική ψυχοθεραπεία

Η ατομική ψυχοθεραπεία αφορά δύο πρόσωπα, τον ψυχοθεραπευτή και τον ενδιαφερόμενο. Για να προβεί σε μία τέτοια διαδικασία ο ενδιαφερόμενος συνεπάγεται ότι τον απασχολούν διάφορα προσωπικά προβλήματα και δεν έχει την δύναμη να σκεφτεί λογικά και ορθά για να βρει λύσεις μόνος του. (Βογιατζή Λ., 2010) Γίνεται δηλαδή μια διερεύνηση του εαυτού του με τη βοήθεια του ειδικού. Υπάρχουν στιγμές που ο ενδιαφερόμενος θα συγκινηθεί, θα κλάψει αυτό όμως αποτελεί σημαντικό κομμάτι της ψυχοθεραπείας διότι αφήνει τον θεραπευτή να «εισχωρήσει» στο μυαλό του και στο χαρακτήρα ώστε να καταλάβει περισσότερα πράγματα και στοιχεία της ιδιοσυγκρασίας του. Για να έρθει σε αυτή τη κατάσταση το άτομο σημαίνει πως πλέον είναι ευάλωτος, λιγότερο λειτουργικός, ανασφαλής και απογοητευμένος. Μέσα από τις συναντήσεις δίνεται η δυνατότητα να καταλάβει τους λόγους που τον έκαναν λιγότερο λειτουργικό σε διάφορες καταστάσεις της ζωής του.

Σκοπός λοιπόν της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι να κατανοήσει το πρόβλημα του ο ενδιαφερόμενος και να μειωθούν με οποιοδήποτε τρόπο αυτά τα συμπτώματα που νιώθει. Το περιβάλλον εμπιστοσύνης δίνει τη δυνατότητα να νιώσει άνετα ο εξεταζόμενος και να βγάλει από μέσα του με μεγαλύτερη ευκολία ό,τι τον απασχολεί. Επίσης στόχος της ατομικής ψυχοθεραπείας είναι να αναλυθούν και να διερευνηθούν τραύματα του παρελθόντος και οδυνηρές καταστάσεις.

Άτομα τα οποία κάνουν ψυχοθεραπεία συνήθως αισθάνονται δυσκολία στην έκφραση συναισθημάτων, στο σωστό τρόπο σκέψης, είναι υποτονικά, απομακρυσμένοι από το περίγυρο τους, λιγότερο δραστήρια, νιώθουν ακόμα, απογοητευμένοι έχουν συνήθως σωματικούς πόνους, διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα τα όποια τα δημιουργούν με το μυαλό τους και η καθημερινότητα τους γίνεται ολοένα και πιο μίζερη.

Οι συναντήσεις έχουν διάρκεια 45 λεπτών και ο αριθμός των συναντήσεων εξαρτάται από το πόσο σοβαρό είναι το πρόβλημα του ασθενή. Αν το πρόβλημα δε χρήζει ιατρικής φαρμακευτικής αγωγής τότε μπορούν να συνεχίσουν τη ψυχοθεραπεία αλλιώς θα πρέπει να απευθυνθεί σε κάποιον ψυχίατρο.

Οδηγώντας τον ενδιαφερόμενο στην κατανόηση των συναισθημάτων του και στην κατάδειξη των ψυχοσωματικών συμπτωμάτων του απώτερος σκοπός του θεραπευτή είναι η ψυχική του ηρεμία πρώτον και η «κάθαρση» του μυαλού του από τις αρνητικές σκέψεις με σκοπό την ψυχική του ηρεμία.

Μερικά από τα προβλήματα που μπορεί να οδηγήσουν τον άνθρωπο στην ατομική ψυχοθεραπεία είναι τα εξής:

- διαζύγιο
- οικονομικά προβλήματα
- χρήση ουσιών και αλκοόλ
- κρίσεις πανικού
- αρνητικές σκέψεις
- απογοήτευση και ανασφάλεια
- πένθος
- φοβίες
- διαταραχές διατροφής(ανορεξία- βουλιμία)
- θέματα υποτονικότητας
- χαμηλή αυτοεκτίμηση
- δυσκολία σε διαπροσωπικές σχέσεις.
- κατάθλιψη

Όλα τα παραπάνω αποτελούν αιτίες οι οποίες θα μπορούσαν να κάνουν έναν άνθρωπο να αναζητήσει βοήθεια είτε ψυχολογική είτε ψυχιατρική. Γι'αυτό λοιπόν καλό θα ήταν όταν αισθάνεται κάποιος ψυχολογικά άσχημα να μην υποβιβάζει τον όρο «ψυχοθεραπεία» νομίζοντας πως θα στιγματιστεί από την κοινωνία και από το φιλικό περιβάλλον. Αντίθετα θα βοηθηθεί τόσο ψυχικά όσο και σωματικά.

7.4 Ομαδική ψυχοθεραπεία

Η ομαδική ψυχοθεραπεία διαφέρει από την ατομική στο γεγονός ότι σε αυτήν συμμετέχουν περισσότερα από 2 άτομα (τον ψυχοθεραπευτή και τον ασθενή).(Δρ Βασιλειάδης Γ., 2012).Αποτελείται λοιπόν από μια ομάδα ατόμων που έχουν ανάγκη να γνωρίσουν και να αποδεχτούν τον εαυτό τους μέσα από συζητήσεις με ειδικούς και μέσω διαφόρων μεθόδων. Πολλές φορές τα προβλήματα που απασχολούν τους ανθρώπους μιας θεραπευτικής ομάδας είναι κοινά (χρήση ουσιών, πένθος, διαζύγιο κ.α.). Με την βοήθεια ενός ή περισσότερων ειδικών τα αναλύουν μέσα στην ομάδα.(Λεβεντάκη Ε., 2012). Πάντα πριν την εισαγωγή του καθένα στην ομάδα γίνεται μια συζήτηση με τον ή

τους θεραπευτές και με τον καθένα ξεχωριστά προκειμένου να τοποθετηθεί στη κατάλληλη ομάδα (Pines, M & Schlapobersky, J. 2000).

Σκοπός της ομαδικής θεραπείας είναι να κάνει τους ανθρώπους ικανούς να βελτιώσουν τη δυνατότητα τους να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα της ζωής τους. Πολλοί πάλι, επιθυμούν να ενταχθούν σε μια θεραπευτική ομάδα άσχετα αν οι προηγούμενες συνεδρίες διεξάγονταν σε ατομικό επίπεδο. Εδώ η ομαδική θεραπεία διαφέρει από την ατομική στο γεγονός ότι η διάρκεια είναι μεγαλύτερη (1,5 ώρα) και οι συναντήσεις γίνονται στο ίδιο μέρος σε σταθερή μέρα, την ίδια ώρα και έχει συγκεκριμένους κανόνες και όρια. Τα όρια έχουν να κάνουν με την ώρα προσέλευσης του καθενός, με την ώρα αναχώρησης και τη συμπεριφορά του καθ' όλη τη διάρκεια της ομαδικής συνεδρίας. Συνήθως για να ολοκληρωθεί μια συνεδρία απαιτούνται 12 συναντήσεις. Απαρτίζεται από 4-8 άτομα. Επίσης σε μια θεραπευτική ομάδα μπορούν να συμμετέχουν και άντρες και γυναίκες. Καλό θα ήταν να έχουν συμμετάσχει και σε προηγούμενες ατομικές συνεδρίες ώστε να έχουν μια ιδέα για το πώς θα είναι η ομαδική θεραπεία χωρίς αυτό να είναι βέβαια απαραίτητο (Truax, P. 2001).

Οι άνθρωποι που αποφασίζουν να πάρουν μέρος σε μια ομαδική ψυχοθεραπεία γνωρίζουν πως θα πρέπει να μοιραστούν τα προβλήματα με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Κάποιος ίσως μπορεί να αναφερθεί σε συζητήσεις άλλων συνεδριών και με διαφορετικά άτομα και θεραπευτές να αναλύσουν καταστάσεις και δεν είναι απίθανο να δώσουν όλοι κουράγιο, στήριξη και συμβουλές στο άτομο που λέει ένα προσωπικό πρόβλημα. Επίσης τα υπόλοιπα μέλη να ασκήσουν εποικοδομητική κριτική και να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματα τους. (Μανδάλου Δ., 2007, Ομαδική ψυχοθεραπεία.). Σε πολλούς τα προβλήματα είναι κοινά και ακούγοντας πως δεν είναι οι μόνοι που έχουν το συγκεκριμένο πρόβλημα νιώθουν ανακούφιση και πιστεύουν πως δεν είναι οι μόνοι που νιώθουν το ίδιο αλλά υπάρχουν και άλλα άτομα που βρίσκονται στην ίδια θέση. Η ομάδα σε χρονικές περιόδους όπου ο ενδιαφερόμενος καταλαμβάνεται από άγχος και stress μπορεί να αποτελέσει πόλο στήριξης.

Ο ψυχοθεραπευτής κατά τη διάρκεια της θεραπείας δεν υποδύεται το ρόλο του διευθυντή. Προσπαθεί να αποσπάσει μέσα από τις θεραπευτικές ιδιότητες τις προτάσεις, τις σκέψεις, τις προτροπές βλέποντας και εξηγώντας τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ των ασθενών. (Καστρισίου Λ., 2004) Το θέμα με το οποίο ασχολείται η ομάδα δεν το καθορίζει ο ψυχοθεραπευτής αλλά προκύπτει αυθόρμητα μέσα από τις διαλέξεις των μελών. Παρόλα αυτά ο θεραπευτής θα πρέπει να εμπνέει ένα κλίμα εμπιστοσύνης και άνεσης. Να ακούει με σεβασμό και προσοχή τις συζητήσεις που γίνονται κατά τη διάρκεια της

συνεδρίας. Όσα λέγονται μέσα στη συνεδρία είναι υπό το πρίσμα της απόλυτης εχεμυθείας μεταξύ του ψυχοθεραπευτή και των μελών(*McDermut, W., Miller, I. W. & Brown, R. A., 2001*).

Τέλος η συμμετοχή ενός ασθενή σε κάποιο γκρουπ ομαδικής ψυχοθεραπείας μπορεί να του προσφέρει πολλά. Αρχικά να του καλλιεργήσει το αίσθημα ότι δεν είναι μόνος του και να αποκτήσει ξανά την ελπίδα ότι μπορεί να αντιμετωπίσει ένα πρόβλημα στηριζόμενος στις δικές του δυνάμεις. Επίσης αποσπά πληροφορίες σχετικά με προβλήματα που φέρνει ο καθένας στην ομάδα του και του δημιουργείται το αίσθημα της αλληλεγγύης δηλαδή ότι δεν παίρνει μόνο βοήθεια αλλά και δίνει. Επιπλέον έχει τη δυνατότητα να μάθει το τρόπο επίδρασης της συμπεριφοράς του απέναντι σε άλλα άτομα καθώς και να δοκιμάσει τις κοινωνικές του δεξιότητες μέσα σε μια ομάδα που διέπεται από ευθύτητα, ειλικρίνεια και αλληλεγγύη. Εν κατακλείδι μπορεί αφενός να μάθει καινούργιους τρόπους επικοινωνίας και αφετέρου να αισθάνεται ότι αποτελεί αποδεκτό και ισότιμο μέλος μέσα σε μια ομάδα(*Pines, M & Schlapobersky, J.2000*).

7.5 Οικογενειακή ψυχοθεραπεία

Η οικογενειακή θεραπεία είναι μια ειδική ψυχοθεραπεία που αφορά κάποιες φορές όλα τα μέλη της και άλλες ένα μέλος της οικογένειας. Κάθε οικογένεια είναι διαφορετική και η καθεμία έχει τα δικά της προσωπικά προβλήματα που την απασχολούν. Το πρόβλημα που μπορεί να αντιμετωπίζει κάποιο μέλος της οικογένειας είναι πολλές φορές κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Επίσης η οικογενειακή ψυχοθεραπεία γίνεται για να βγουν στην επιφάνεια τα προβλήματα που τους απασχολούν και να βελτιώσουν τις σχέσεις μεταξύ τους αν υπάρχουν συγκρούσεις(*Pentecost D, McNab S. 2007*) .

Σε αυτή τη μορφή ψυχοθεραπείας ο ψυχοθεραπευτής είναι ένας εκπαιδευόμενος επαγγελματίας υγείας, ο οποίος ειδικεύεται στην οικογένεια. Συνήθως οι συνεδρίες είναι αρκετές και κρατάνε για μεγάλο χρονικό διάστημα, περίπου στους 3-5 μήνες και γίνεται μια φορά την εβδομάδα. Σε μερικές περιπτώσεις η οικογενειακή θεραπεία γίνεται περισσότερες φορές την εβδομάδα και για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα ανάλογα με το πρόβλημα που την απασχολεί. Επίσης δεν είναι απαραίτητο να συμμετέχουν όλα τα μέλη σε κάθε επίσκεψη. Θα ήταν καλύτερο αν όμως είναι συγκεντρωμένη όλη η οικογένεια κάθε φορά γιατί έτσι θα έχουν τη δυνατότητα να ανακαλύψουν τον εαυτό τους αλλά και το πώς λειτουργεί η οικογένεια σαν ομάδα..

Σκοπός της οικογενειακής ψυχοθεραπείας είναι να μειωθούν όσο είναι δυνατόν οι εντάσεις μεταξύ τους εάν το πρόβλημα είναι μεταξύ των μελών ή να μειωθούν τα συμπτώματα εάν το πρόβλημα είναι κάποια ψυχιατρική διαταραχή. Όταν υπάρχει κάποια ψυχιατρική διαταραχή (όπως κατάθλιψη, σχιζοφρένεια, ψύχωση) υπάρχει μια πιθανότητα να ευθύνεται η οικογένεια για τη διαταραχή κάποιου μέλους της. Η ασθένεια μπορεί να επιδεινωθεί όταν μια οικογένεια είναι δυσλειτουργική. Η κληρονομικότητα παίζει σημαντικό ρόλο και το μέγιστο των παιδιών και η συμπεριφορά των γονιών απέναντι στα παιδιά παίζει επίσης σημαντικό ρόλο. Ωστόσο η οικογένεια είναι αυτή στην οποία θα στηρίξει ο ένας τον άλλον. Όμως όταν η οικογένεια δε καταλαβαίνει ότι για παράδειγμα η κόρη τους πάσχει από καταθλιπτική διαταραχή δε μπορεί να βοηθήσει αν και ανησυχούν και το ρήγμα ανάμεσα τους γίνεται ακόμα μεγαλύτερο. Οι συγγενείς μπορεί να αισθάνονται ντροπή, θυμό, άγχος, απογοήτευση και ανησυχία από τη συμπεριφορά του παιδιού. Η ατμόσφαιρα στο σπίτι και η συμπεριφορά απέναντι σε αυτόν που αντιμετωπίζει κάποια ψυχιατρική διαταραχή είναι τόσο σημαντική όσο και η φαρμακευτική αγωγή. Η οικογένεια μπορεί να νιώθει στενοχώρια γιατί φοβάται τον εμπαιγμό των συγγενών και φίλων και έτσι τα μέλη απομονώνονται (*Beach, S.R. H., Franklin, K., Dreifus, J., Kamen, C., Gabriel, B. (2011).*

Ακόμη κάποια οικογένεια υπάρχει περίπτωση να αναζητήσει βοήθεια όταν γνωρίζει πως σε λίγο καιρό θα υπάρξει μια αλλαγή στη ζωή τους πριν ακόμα αρχίσει αυτή η αλλαγή (όπως διαζύγιο, απόκτηση ενός παιδιού, γάμος ενός ζευγαριού έχοντας όμως ο καθένας παιδιά από προηγούμενους γάμους). Με αυτού του είδους την ψυχοθεραπεία λοιπόν έχουν τη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματα τους, τις σκέψεις, να λυθούν οι αντιπαλότητες μεταξύ τους, να εμπιστευτεί κάποιο μέλος σε ένα άλλο πράγματα για την προσωπική του ζωή που σε άλλη περίπτωση αυτό δε θα γινόταν. Ο ψυχοθεραπευτής μπορεί να δει και το κάθε άτομο ξεχωριστά για λίγο, να τον αφήσει να μιλήσει ανοιχτά και με ειλικρίνεια για κάποιο άλλο μέλος της οικογένειας που ίσως αν ήταν μπροστά να μην είχε το θάρρος να το κάνει (*Whisman, M. A. 2006*).

Ο ειδικός από την άλλη πλευρά θα πρέπει να τους δώσει να καταλάβουν πως όλα αυτά τα αρνητικά συναισθήματα που νιώθουν είναι απολύτως φυσιολογικά και κατανοητά. Επίσης όταν έχει κάποιο μέλος μια ψυχιατρική διαταραχή ο θεραπευτής εστιάζει περισσότερο στην οικογένεια ως σύνολο και λιγότερο στον πάσχοντα. Βοηθά την οικογένεια να λύσει τις συγκρούσεις μεταξύ τους και να αναπτυχθούν τρόποι διατήρησης τους. Ενισχύει τα μέλη ώστε να συνεργάζονται σαν ομάδα και να στηρίζει ο ένας τον άλλον. Συμβουλεύει τα άτομα με λιγότερο καλή συμπεριφορά να αλλάξουν χαρακτήρα.

Στους ενήλικες η οικογενειακή ψυχοθεραπεία έχει δείξει πως είναι χρήσιμη στις ακόλουθες περιπτώσεις:

- χρήση ναρκωτικών ουσιών και αλκοόλ
- Διατροφικές διαταραχές
- Κατάθλιψη
- Διαταραχές συμπεριφοράς
- Διαζύγιο
- Σχιζοφρένεια
- Σύγκρουση γονέων
- Όταν κάποιο παιδί έχει πρόβλημα στο σχολείο και στη συμπεριφορά του.

7.6 Γνωστική ψυχοθεραπεία

Η γνωστική ψυχοθεραπεία είναι ένα είδος θεραπείας (Rupke, Stuart J., David Blecke, Marjorie Renfrow 2006) η οποία εστιάζει περισσότερο στα προβλήματα που συμβαίνουν αυτή τη στιγμή στον άνθρωπο, στα συναισθήματα και στις σκέψεις του. Επίσης βοηθούν άτομα που έχουν κάποια ψυχιατρική και ψυχολογική διαταραχή όπως άγχος, κατάθλιψη, προβλήματα διατροφής. Συνήθως τα άτομα που έχουν κατάθλιψη διακατέχονται συνεχώς από αρνητικές σκέψεις και συναισθήματα γιατί το μυαλό είναι αυτό που καθορίζει τα συναισθήματα μας. Για παράδειγμα όταν κάποιο παιδάκι μετά από τις προσπάθειες του να ολοκληρώσει ένα στόχο αντί για «μπράβο» η κριτική είναι αρνητική τότε απογοητεύεται, νιώθει προδομένος, ακόμα και αποθαρρυσμένος γιατί πιστεύει πως η προσπάθειά του δεν ανταμείφτηκε όπως θα έπρεπε. Διαφορετικά αν από την αρχή ένιωθε δυνατός πως θα τα καταφέρει ανεξάρτητα από την κριτική που του ασκήθηκε θα ένιωθε διαφορετικά. Άρα οι σκέψεις είναι αυτές που επηρεάζουν τα συναισθήματα. (Herkov M., 2008).

Όταν συμβαίνει κάποια αλλαγή στη ζωή του ανθρώπου μαθαίνει να προσαρμόζεται και είναι έτοιμος να αντιμετωπίσει οτιδήποτε του συμβεί. Ο άνθρωπος αποκτά την πεποίθηση ότι τα προβλήματα μπορεί να τα αντιμετωπίσει με επιτυχία με την εφαρμογή κατάλληλων δεξιοτήτων. Άρα ο τρόπος σκέψης παίζει σημαντικό ρόλο και σε αυτή την περίπτωση διότι έχει επεξεργαστεί από πριν πως πρέπει να αντιμετωπίσει οτιδήποτε έρθει μπροστά του. Από την άλλη όμως όταν για παράδειγμα ένα παιδάκι είναι υιοθετημένο και μεγαλώνοντας αντιλαμβάνεται ότι είναι όμως παρόλα αυτά δε γνωρίζει τον ακριβή λόγο

αυτής της κατάστασης, το λόγο που οι γονείς του τον άφησαν σε κάποια άλλη οικογένεια, τότε το παιδί μη γνωρίζοντας το λόγο αμέσως βγάζει στην επιφάνεια τα αρνητικά συναισθήματα και ζει με αυτή την εμμονή του «γιατί» η οποία φθείρει συνεχώς τη ζωή και το μυαλό του (*Scott J, Teasdale J, Paykel ES et al. 2000*).

Σκοπός της γνωστικής ψυχοθεραπείας είναι να προσδιοριστούν οι αρνητικές σκέψεις και τα συναισθήματα που προβληματίζουν τον άνθρωπο. Έπειτα αφού προσδιοριστούν εξετάζουν πώς αυτές επηρεάζουν τον άνθρωπο. Μαζί με τον ψυχοθεραπευτή θα προσπαθήσουν να βρουν τρόπους για το πώς θα πρέπει να λειτουργεί ο άνθρωπος. (ΕΠΙΨΥ. 2010) Η διαδικασία είναι χρονοβόρα αφού απαιτούνται πολλές συναντήσεις με τον ειδικό, περίπου 13-20 ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του ατόμου. Σκοπός του θεραπευτή λοιπόν είναι να απαλλαγεί ο ενδιαφερόμενος από αυτές τις αρνητικές σκέψεις, να βρει τρόπους να σκέφτεται θετικά, να μην αντιμετωπίζει τα προβλήματα του καταστροφικά, σαν να ήρθε το τέλος του κόσμου αλλά να σκέφτεται ορθά και συνετά. Επισημαίνοντας εναλλακτικούς τρόπους αντιμετώπισης κάποιας δυσκολίας τότε αυτόματα αλλάζει και η ζωή του ατόμου και η κατάσταση του αρχίζει και βελτιώνεται (*Scott J, Derubeis RJ. 2001*).

7.7 Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία

Οι συμπεριφοριστικές θεωρίες πρεσβεύουν την άποψη πως οι παθολογικές συμπεριφορές δεν αποτελούν νόσο αλλά είναι μια σειρά από αντιδράσεις οι οποίες δυσκολεύουν την προσαρμοστικότητα του ατόμου είτε γιατί ο άνθρωπος έχει μάθει να αντιδρά με λάθος τρόπο είτε γιατί έχει συνηθίσει σε μια δυσπροσάρμοστη αντίδραση.

Εξετάζοντας την πρώτη περίπτωση παρατηρούμε πως λαμβάνει χώρα το φαινόμενο του συμπεριφερικού ελλείμματος στο οποίο η λανθασμένη κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου οφείλεται στην μειωμένη ανάπτυξη των κοινωνικών αρετών του που δεν βοηθηθήκαν κατά τη διάρκεια της κοινωνικοποίησης του. Στην δεύτερη περίπτωση το άτομο έχει μνηθεί σε κάποιες αντικοινωνικές αντιδράσεις οι οποίες επικροτηθήκαν κιόλας από τους γύρω του. (*Cherry K., 2005*)

Έτσι οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η συμπεριφοριστική θεραπεία δεν είναι τίποτα άλλο παρά μια προσπάθεια μάθησης από την αρχή του ατόμου. Μια μάθηση που θα προσπαθήσει να διορθώσει τα κακώς κείμενα και όλα αυτά που είχε διδαχτεί τα προηγούμενα χρόνια το άτομο. Βασίζεται δηλαδή στην παραδοχή ότι ο τρόπος συμπεριφοράς του ατόμου είναι μαθησιακό προϊόν και αποτέλεσμα εσωτερικών και

εξωτερικών εμπειριών. Κατά συνέπεια οδηγούμαστε στο συμπέρασμα πως η λανθασμένη συμπεριφορά δεν αποτελεί κάποιο είδος ψυχολογικής ασθένειας αλλά μια λανθασμένη συλλογή κοινωνικών εμπειριών που απέκτησε το άτομο μέσα από τις σχέσεις του ή βίωσε μέσα στο κοινωνικό του περιβάλλον. Έτσι πραγματοποιώντας κάποιες αλλαγές στο περιβάλλον του μπορεί να υπάρξει μείωση των διαταραχών και αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου.

Μέσα από την συμπεριφοριστική θεραπεία το άτομο προσπαθεί να αλλάξει τον ανεπιθύμητο τρόπο συμπεριφοράς και να μάθει νέες συμπεριφορές που θα καταστήσουν ευκολότερη την προσαρμογή του. Έτσι ο θεραπευτής μαζί με το θεραπευόμενο προσπαθούν να αξιολογήσουν την συμπεριφορά εξετάζοντας αρχικά από πού προέρχεται όλη αυτή η προβληματική αντίδραση. Στη συνέχεια προσπαθούν να βρουν παράγοντες προερχόμενους από το περιβάλλον του ατόμου που ενίσχυαν αυτή την ανεπιθύμητη συμπεριφορά και τέλος θέλουν να εντοπίσουν συγκεκριμένες συνθήκες περιβάλλοντος που μπορούν να αλλάξουν την όλη εικόνα. (*Mayo clinic staff. 2010*).

Η παραπάνω διαδικασία ονομάζεται <<λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς>> και αποτελεί ένα μέσο το οποίο γνωστοποιεί σε θεραπευτή και θεραπευόμενο το πώς δημιουργήθηκε η ανεπιθύμητη συμπεριφορά καθώς και το πώς διατηρείται ή επαναλαμβάνεται. Από μόνη της όμως δεν επαρκεί γιατί απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η ανάπτυξη ισχυρών σχέσεων εμπιστοσύνης μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευομένου, οι οποίοι πρέπει να οριοθετούν από κοινού στο που στοχεύει η θεραπεία. Στη συνέχεια ο θεραπευτής θα προσπαθήσει να του εξηγήσει την διαδικασία που θα ακολουθήσει για να επιτευχτεί ο στόχος και σε συνεργασία οι δυο τους θα καθορίσουν τα κριτήρια με τα οποία θα αξιολογηθεί το κατά πόσο επιτεύχθηκε ο αρχικός στόχος.

Η μείωση ανεπιθύμητων συμπεριφορών που προέρχονται από το άγχος ή από τον φόβο που πιάνει το άτομο μπροστά σε συγκεκριμένες καταστάσεις καθώς και η διαδικασία αλλαγής της συμπεριφοράς του αποτελούν δυο από τις σημαντικότερες κατηγορίες συμπεριφοριστικών θεραπειών. (*ΕΠΙΨΥ. 2010*)

7.8 Γνωστική – Συμπεριφοριστική ψυχοθεραπεία

Η γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία αποτελεί μια θεραπεία που προσπαθεί μέσα από μια ψυχαναλυτική προσέγγιση να κάνει τους ανθρώπους να αισθανθούν καλύτερα. Την ονομασία γνωστική την απέκτησε επειδή προσπαθεί να ανακαλύψει τον τρόπο σκέψης του ασθενούς για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον αλλά και τον αντίκτυπο που έχουν αυτές οι σκέψεις στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά(συμπεριφοριστική). (Warman M., Beck A., 2003). Η θεραπεία αυτή μέσα από τις συνεδριάσεις καθώς και με τις τεχνικές που εφαρμόζονται σε αυτές μπορεί να βοηθήσει ώστε να αλλάξουν οι ασθενείς τρόπο σκέψης και συμπεριφορά, πράγματα που επηρεάζουν την καθημερινότητά τους. Επίσης η έρευνα έχει δείξει πως η χρήση της συγκεκριμένης θεραπείας η οποία στηρίζεται αποκλειστικά σε επιστημονικές αρχές είναι άκρως αποτελεσματική σε μεγάλη έκταση προβλημάτων(πανικός, αγοραφοβία, χρήση ουσιών, απώλειες από πένθος κ.α.) αλλά κυρίως για την καταπολέμηση του άγχους και της κατάθλιψης. (ΕΠΙΨΥ. 2010)

Ο τρόπος λειτουργίας της γνωστικής συμπεριφοριστικής θεραπείας είναι συγκεκριμένος. Αρχικά ο θεράπων ιατρός θέλει να έχει πλήρη επίγνωση του ιστορικού του ασθενούς. Όλες οι πληροφορίες που μπορεί να έχει στην διάθεση του ο ιατρός θα του φανούν χρήσιμες. Ο θεραπευτής σε συνεργασία με τον ασθενή προσπαθούν να εντοπίσουν το πρόβλημα με βάση τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα στις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά ώστε κατανοηθεί ο τρόπος σύνδεσης που υπάρχει μεταξύ τους και πώς το ένα επηρεάζει το άλλο. Υπάρχει μια ακατάπαυστη ροή σκέψεων-συναισθημάτων και αντιδράσεων που οδηγούν τον ασθενή σε ένα αδιέξοδο και τον κάνουν να νιώθει χειρότερα ακόμα και σε νέες καταστάσεις που θα ακολουθήσουν. Έτσι οδηγούνται άμεσα στον καθορισμό των στόχων που θα ακολουθήσουν στην θεραπεία καθώς και στον τρόπο με τον οποίο θα επιτευχθούν αυτοί οι στόχοι. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί η συνεχής παρακολούθηση και αξιολόγηση της πορείας του ασθενούς. Είναι πιθανό ο ιατρός να ζητήσει από τον ασθενή να καταγράφει καθημερινά τις κινήσεις διότι με αυτό τον τρόπο μπορεί να εντοπίσει συναισθήματα και συμπεριφορές που του δημιουργούν πρόβλημα στον τρόπο ζωής του. Η θεραπεία αυτή μπορεί να εφαρμοστεί είτε ομαδικά είτε ατομικά καθώς και σε όλα τα άτομα ανεξάρτητα φύλου, φυλετικής προέλευσης και σεξουαλικής προτίμησης.

Μέσα από την γνωστική συμπεριφοριστική θεραπεία ο ασθενής θα καταφέρει να εντοπίσει τα προβλήματα και θα συμφωνήσει να δουλέψει πάνω σε ένα πλάνο θεραπείας. Η θεραπεία επικεντρώνεται στο να δώσει λύσεις στον ασθενή για να ανακαλύψει τα προβλήματα του, οι οποίες θα του φάνουν χρήσιμες ώστε να αντιμετωπίσει κάτω από διαφορετικό πρίσμα τα προβλήματα του. Έτσι θα καταφέρει να εντάξει στην ζωή του ένα νέο τρόπο για να αντιμετωπίζει τις πράξεις του. Συνήθως η θεραπεία αυτή απαιτεί από τον ασθενή να χρησιμοποιήσει τον χρόνο που έχει μεταξύ των συνεδριάσεων έτσι ώστε να εφαρμόζει νέες τακτικές και λύσεις. (*Trigoboff, E. (2004 [2009])*).

Το πλάνο της θεραπείας δημιουργείται βάσει ενός συγκεκριμένου αριθμού συναντήσεων. Το σύνολο των συνεδριών εξαρτάται από την φύση αφενός και αφετέρου από την σοβαρότητα της κατάστασης του κάθε ασθενούς. Συνήθως οι συναντήσεις γίνονται κάθε εβδομάδα και διαρκούν 50 λεπτά. Ο αριθμός των συνεδριών που χρειάζονται είναι 10 με 15 αλλά αυτό δεν αποτελεί κανόνα διότι μπορεί να χρειαστούν είτε λιγότερες είτε περισσότερες. Η λήξη της θεραπείας έρχεται μετά την επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί από θεράποντα και θεραπευτή. Μετά το πέρασμα των επισκέψεων θεραπευτής και ασθενής κανονίζουν κάποιες ακόμα συναντήσεις, περιορισμένου αριθμού, ώστε να διατηρηθεί το καλό αποτέλεσμα της θεραπείας.

7.9 Ψυχαναλυτική ψυχοθεραπεία

Χρησιμοποιώντας την ψυχαναλυτική θεωρία διαπιστώνουμε ότι τα ψυχικά προβλήματα του ανθρώπου δημιουργούνται μέσα από μια πάλη μεταξύ των ασυνείδητων ενστικτωδών ορμών από το «εκείνο» και των πιέσεων που ασκεί το «εγώ ή το υπερεγώ στο εκείνο». Αυτή η πάλη προκαλεί μια ψυχική ένταση στο άτομο το οποίο προσπαθεί να την καταπολεμήσει κάνοντας χρήση αμυντικών μηχανισμών. Όταν το «εγώ» είναι σε πολύ χαμηλά επίπεδα η σύγκρουση είναι πολύ πιο έντονη και μοναδικός τρόπος για να αντιμετωπίσει το άτομο τις δυσκολίες είναι οι αμυντικοί του μηχανισμοί. Όλα αυτά οδηγούν στην δημιουργία ψυχοσωματικών προβλημάτων. Τα ψυχολογικά προβλήματα (άγχος, κατάθλιψη, φοβίες, αίσθημα απογοήτευσης, δυσλειτουργίες συμπεριφορές, οικογενειακά προβλήματα κ.α.) αποτελούν λόγους που θα μπορούσαν να οδηγήσουν ένα άτομο στη ψυχανάλυση. (*Ευαγγέλου Χ. 2010*)

Συμφώνα με τον Freud πολλά ψυχολογικά προβλήματα του ανθρώπου είναι απόρροια τραυματικών εμπειριών που είχε στην παιδική του ηλικία και τα οποία με το πέρασμα του

χρόνου εισχώρησαν στο ασυνείδητο του με αποτέλεσμα να του δημιουργούν δυσκολίες στην ενήλικη του ζωή.

Στόχος της ψυχανάλυσης είναι να οδηγήσει το άτομο στην κατανόηση των ασυνείδητων αυτών συγκρούσεων. Δεν αποσκοπεί στην άμεση αλλαγή της συμπεριφοράς αλλά προσπαθεί να δώσει ιδιαίτερη έμφαση στην απόκτηση αυτογνωσίας από το άτομο έτσι ώστε να αναδομηθεί όλη η προσωπικότητα και να ενδυναμωθεί το εγώ του. Έτσι γίνεται αντιληπτό πως σκοπός της θεραπείας δεν είναι η εξάλειψη ενός προβλήματος αλλά η κατανόηση του καθώς όλα προέρχονται από την μάχη μεταξύ του φόβου και των ασυνείδητων επιθυμιών την οποία επιδιώκει να ελέγξει μέσω των μηχανισμών άμυνας του. Πιο απλά ένα σύμπτωμα είναι μια έμμεση έκφραση μιας καταπιεσμένης ασυνείδητης παρόρμησης.

Έτσι ο ψυχαναλυτής σε αυτή τη φάση της ψυχοθεραπείας προσπαθεί να βοηθήσει τον ενδιαφερόμενο ώστε να κατανοήσει το πρόβλημα και να βρεθούν τρόποι επίλυσης του. Για να γίνει αυτό όμως θα πρέπει να το επιθυμεί και ο ενδιαφερόμενος. Ο ρόλος του ψυχοθεραπευτή δε μένει μόνο στο να ακούει αλλά μέσα από τις συζητήσεις να προσπαθεί να δώσει συμβουλές και να συμμετέχει ενεργά. Ο ειδικός είναι αυτός ο οποίος θα καθορίσει τον αριθμό των συναντήσεων (συνήθως διαρκούν από μερικές εβδομάδες έως και δυο χρόνια). Οι συναντήσεις γίνονται τρεις με τέσσερις φορές την εβδομάδα και έχουν διάρκεια 45 λεπτά η καθεμία. Επομένως ο θεραπευμένος είναι αυτός που θα πρέπει να δώσει τη δυνατότητα στον εαυτό του, να επεξεργαστεί και να αποδεχτεί όλες αυτές τις εσωτερικές συγκρούσεις ώστε να είναι σε θέση να τις τροποποιήσει εφόσον το θέλει και ο ίδιος.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. ΕΙΔΙΚΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Το κεφάλαιο αυτό αναφέρεται στο πώς ο νοσηλευτής ως ειδικός ψυχικής υγείας μπορεί να βοηθήσει και να δώσει συμβουλές, να εκπαιδεύσει τα άτομα που πάσχουν από ψυχικές διαταραχές και διαταραχές διάθεσης . Δηλαδή πώς μπορεί να θεραπεύσει μέσα από την ψυχοθεραπεία τα παιδιά, τους εφήβους, τους ενήλικες, τους ηλικιωμένους και τα άτομα με αυτοκτονικές τάσεις με τη βοήθεια της συζήτησης, της συμβουλής, εμπνέοντας σιγουριά και εμπιστοσύνη.

8.1 Ο νοσηλευτής και οι ενήλικες με διαταραχές διάθεσης και ψυχικές διαταραχές

Πρώτα από όλα ,για να λειτουργήσει ως ψυχοθεραπευτής ένας νοσηλευτής θα πρέπει να έχει τις απαραίτητες γνώσεις πάνω σε θέματα ψυχικής υγείας σε μεταπτυχιακό επίπεδο. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τους ασθενείς να ξαναβρούν τον παλιό τους εαυτό. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σύμβουλος, δάσκαλος και εκπαιδευτής απέναντι στον ασθενή ώστε να επιτευχθούν οι απαραίτητοι στόχοι. Μέσα από τις συνεδρίες ο νοσηλευτής θα βοηθήσει τον ασθενή να βρει την ψυχική του υγεία και την ηρεμία ενισχύοντας την ταυτότητα του και την αυτοπεποίθησή του.(*Chitty, K.K. (2004 [2009])*).

Σκοπός του νοσηλευτή είναι να βρεθεί πρώτα από όλα ένα ασφαλές και ήρεμο περιβάλλον για την ψυχική ηρεμία του ασθενή. Για παράδειγμα ένας ασθενής με μανία η μείζονα καταθλιπτική διαταραχή καλό θα είναι να νοσηλεύεται σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο τόσο για την δική του ασφάλεια όσο και για των γύρω του. Ένας τρόπος είναι ο ψυχοθεραπευτής να απομονώσει τον ασθενή σε ένα μονόκλινο δωμάτιο το οποίο θα είναι ήσυχο, δε θα ακούγεται κανένας ήχος, ο φωτισμός θα είναι χαμηλός ώστε ο ασθενής να μπορέσει να ηρεμήσει. Όταν θα είναι ικανοί πια να αντιμετωπίσουν τα ερεθίσματα της ζωής τότε θα μπορούν να αποχωρήσουν από εκείνο το δωμάτιο. Ορισμένες ψυχιατρικές κλινικές διαθέτουν τέτοια δωμάτια γνωστά ως «ήσυχια δωμάτια». Επίσης τα άτομα με ψυχικές διαταραχές δεν μπορούν να συνυπάρξουν εύκολα με άλλους ανθρώπους όπως για παράδειγμα η συμμετοχή σε κάποια ομαδική δραστηριότητα τους κάνει περισσότερο νευρικούς και διεγερτικούς. Ο νοσηλευτής θα βοηθήσει με τη μείωση αυτής της συμμετοχής σε δραστηριότητες μέχρι να ηρεμήσει ο ασθενής. Τα άτομα με ψυχικές

διαταραχές θα πρέπει να είναι συνέχεια σε επίβλεψη από τους νοσηλευτές ώστε να μην κάνουν κακό στον εαυτό τους ή στους γύρω τους. Μπορεί να θέλουν να καπνίσουν όμως αντί για αυτό να βάλουν φωτιά ή να καούν και οι ίδιοι όποτε πρέπει να καπνίσουν κάτω από την επίβλεψη κάποιου νοσηλευτή. Ο νοσηλευτής μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς βάζοντας τους να συμμετέχουν σε διάφορες δραστηριότητες όπως χορός, περπάτημα γυμναστική κ.α. Σκοπός του νοσηλευτή εδώ είναι να επαινέσει αυτήν τους τη προσπάθεια.

Απ' την άλλη πλευρά η επίβλεψη του ασθενή με ψυχική διαταραχή από τον νοσηλευτή μπορεί να γίνει και στο σπίτι με τη βοήθεια της οικογένειας. Ρόλος του νοσηλευτή σε αυτήν την περίπτωση είναι να βοηθήσει τον ασθενή να μείνει όσο το περισσότερο δυνατόν γίνεται με την οικογένεια του. Η φροντίδα στο σπίτι μπορεί να συνιστάται σε άτομα που προηγουμένως είχαν νοσηλευτεί σε κάποιο νοσοκομείο ή αυτό να γίνει στη συνέχεια. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να παρακολουθεί σε καθημερινή βάση τη σχέση του ασθενή με την οικογένεια του και πόσο η οικογένεια μπορεί να διαταράσσει ή όχι την ψυχική ηρεμία του ασθενή. Στη συνέχεια ο νοσηλευτής εκπαιδεύει την οικογένεια του ασθενή στη φαρμακευτική αγωγή, στις ανεπιθύμητες δόσεις, στη σωστή δοσολογία και τήρηση των οδηγιών για τον τρόπο χορήγησης και τη δόση χορήγησης, και τις πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα ή τροφές. Ακόμη συνεργάζονται με άλλους ειδικούς υγείας όπως ψυχολόγους, ψυχίατρους κοινωνικούς λειτουργούς ώστε να βελτιωθεί η σχέση και η επικοινωνία μεταξύ τους. Τέλος ο νοσηλευτής ενημερώνει την οικογένεια για την πορεία και την εξέλιξη της νόσου και της θεραπείας και για το πότε η οικογένεια πρέπει να αναζητήσει και πάλι τη βοήθεια ειδικού σε περίπτωση υποτροπής της νόσου.

8.2 Ο νοσηλευτής και τα παιδιά

Η ψυχοθεραπεία του παιδιού είναι αποτελεσματική για την πρόληψη εμφάνισης ψυχικής διαταραχής στο μέλλον αλλά και για την θεραπεία της ψυχικής διαταραχής του παρόντος (Nardi DA 2007). Είναι γνωστό πως αν υπάρχει κάποιος γονέας με ψυχικές διαταραχές είναι πιθανόν να εμφανίσει και το παιδί κάποια στιγμή. Για παράδειγμα τα παιδιά των οποίων οι μητέρες τους έκαναν χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι πιο ευαίσθητα σε ερεθίσματα φωτός, ήχου και αφής. Επίσης μπορεί να κλαίει συνέχεια και να μη μπορούν να ηρεμήσουν. Ακόμη μπορεί να έχουν και διαταραχές ύπνου. Ο νοσηλευτής σε αυτή την περίπτωση βοηθά το παιδί να μειώσει αυτές τις ευαισθησίες και τις δυσκολίες στον ύπνο που αντιμετωπίζει μέσα από διάφορες μεθόδους ώστε να είναι λιγότερο διεγερτικό και περισσότερο ήρεμο.

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι πολλοί γονείς δε φέρονται σωστά απέναντι στα παιδιά τους αφού η στάση και τα συναισθήματα τους στο παιδί για κάποιο λόγο είναι τόσο άσχημη που δεν ανταποκρίνονται στη σωστή γονική συμπεριφορά. Για παράδειγμα εάν ένας γονιός έχει βιώσει την κακομεταχείριση τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο από τους δικούς του τους γονείς όταν ήταν παιδί αυτό έχει ως αποτέλεσμα να φερθεί με τον ίδιο τρόπο στο δικό του παιδί. Σκοπός του νοσηλευτή είναι να συζητήσει για το παρελθόν του γονέα με τον ίδιο και το πώς αυτό επηρεάζει τον ίδιο για το μέγεθος του παιδιού του. Επίσης στόχος του νοσηλευτή είναι να βοηθήσει τον γονιό μέσα από τις συζητήσεις να βρει ικανοποίηση και ευχαρίστηση στο ρολό του ως κηδεμόνας και θέληση ώστε να μεγαλώσει με το παιδί του με σωστό τρόπο και αρχές. Ο νοσηλευτής μέσα από την οικογενειακή ψυχοθεραπεία βοηθά το παιδί και τον κηδεμόνα να διορθωθούν οι σχέσεις μεταξύ τους. Προσπαθούν να έρθουν πιο κοντά σαν οικογένεια με απλούς τρόπους όπως ένα φιλί, μια αγκαλιά έτσι ώστε να δημιουργηθεί ένα κλίμα ευφορίας στο οικογενειακό περιβάλλον και να δημιουργηθούν οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την ομαλή εξέλιξη της ψυχικής υγείας του παιδιού. (Nardi DA 2007).

Τέλος ένα άλλος τρόπος ψυχοθεραπείας είναι το παιχνίδι. Ο νοσηλευτής μπορεί να βάλει να ζωγραφίσει την οικογένεια του και μέσα από τη ζωγραφιά να καταλάβει τα συναισθήματα και τον ψυχικό κόσμο του παιδιού. Η ενασχόληση με άλλα παιχνίδια όπως το παιχνίδι με τις κούκλες, διαφορές χειροτεχνίες, δημιουργία πάζλ αποτελούν τρόποι ψυχοθεραπείας. Επομένως λοιπόν ο νοσηλευτής βλέπει πως παίζει το παιδί, αν έχει υπομονή, αν πετάξει τις κούκλες, αν τις χτυπάει, αν τις παρομοιάζει με κάτι κακό ή με κάποιον γονιό ο οποίος δε φέρεται καλά και παρομοιάζει την κούκλα με τέρας-γονιό, τότε ο

νοσηλευτής μπορεί να καταλάβει τις αίτιες ,οι οποίες οδήγησαν σε αυτήν την κατάσταση και να κάνει μια συνολική εκτίμηση και σύγκριση του πραγματικού κόσμου με αυτόν του ψεύτικου παίζοντας με τις κούκλες.

8.3 Ο νοσηλευτής και ο έφηβος

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας μπορούν να παίξουν σημαντικό ρόλο σε άτομα εφηβικής ηλικίας και να τους βοηθήσουν σε ατομικό, ομαδικό και οικογενειακό επίπεδο. Τα άτομα τα όποια χρήζουν ψυχολογικής υποστήριξης είναι: (*Bradley-CoprueI, C. (2004 [2009])*).

- Άτομα που βιώνουν μια προσωρινή κρίση και έχουν ανάγκη από ψυχολογική υποστήριξη
- Κακοποιημένοι, θυμωμένοι, νευρικοί έφηβοι
- Ανύπαντρες έφηβες
- Έφηβες σε εγκυμοσύνη
- Χρηστές ναρκωτικών ουσιών
- Εθισμένα στο αλκοόλ
- Εφήβους με τάσεις αυτοκτονίας
- Ακόμη ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας μπορεί να είναι χρήσιμος σε:
- Σχολεία
- Φύλακες
- Προγράμματα αποτοξίνωσης
- Προγράμματα επανένταξης σε άτομα με ψυχολογικά προβλήματα σε κάποιο ψυχιατρικό νοσοκομείο
- Κοινότητες
- Οικογένειες έφηβων

Ο νοσηλευτής ως ψυχοθεραπευτής μπορεί να βοηθήσει έναν έφηβο κάνοντας ατομική ψυχοθεραπεία(νοσηλευτής-έφηβος).Μερικές φορές ο νοσηλευτής προσπαθεί να δημιουργήσει ένα κλίμα εμπιστοσύνης ώστε με αυτόν τον τρόπο να κάνει πιο εύκολη τη συνεννόηση με τον έφηβο. Παρόλα αυτά ο έφηβος διακατέχεται από το φόβο να μιλήσει εμπιστευτικά στο νοσηλευτή. Ορισμένοι έφηβοι στο πρόσωπο του νοσηλευτή βλέπουν ένα είδος εξουσίας και έτσι αντιδρούν αρνητικά σε όποια προσπάθεια γίνεται για επικοινωνία

μεταξύ τους. Σε αυτή τη περίπτωση η λύση για την αντιμετώπιση της δυσκολίας αυτής από πλευράς του νοσηλευτή είναι να χρησιμοποιήσει την ομαδική θεραπεία σε συνδυασμό πάντα με την ατομική ψυχοθεραπεία.

Τις περισσότερες φορές η ομαδική ψυχοθεραπεία έχει καλύτερα αποτελέσματα όταν γίνεται με άλλα παιδιά. Θεωρώντας πως η αναγνωρισιμότητα είναι πολύ σημαντική στην εφηβική ηλικία η ομάδα έχει την ικανότητα να παρέχει βοήθεια για τη λύση των προβλημάτων και την επίτευξη της αλλαγής του έφηβου. Ακόμα η συνύπαρξη πολλών έφηβων μαζί μπορεί να οδηγήσει στη λύση της διαμάχης που μπορεί να υπάρξει στην ομαδική ψυχοθεραπεία.

Τέλος σημαντικό ρόλο στην ψυχολογία του εφήβου παίζει και η οικογένεια. Έτσι λοιπόν ο συνδυασμός της οικογένειας με τον νοσηλευτή και τον έφηβο θα αποτελέσει σημαντικό κομμάτι ώστε να βοηθηθεί ο έφηβος. Καθώς το παιδί μεγαλώνει και γίνεται πια έφηβος οι γονείς ανησυχούν ολοένα και περισσότερο για την ασφάλεια του. Ακόμη μπορεί να νιώθουν οι γονείς την απόρριψη επειδή δεν είναι πια τόσο απαραίτητοι για τους εφήβους. Έτσι αρκετοί γονείς οι οποίοι έχουν σχετικά φυσιολογικούς εφήβους έρχονται σε δυσχερή θέση, παρόλα αυτά μπορούν να παρηγορηθούν και να υποστηριχτούν από ειδικούς ψυχικής υγείας. Απ' την άλλη πλευρά όμως πολλοί έφηβοι αντιμετωπίζουν όντως περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα τα οποία καθιστούν τους γονείς ανήμπορους να τα βοηθήσουν νιώθοντας έτσι απελπισμένοι και απογοητευμένοι. Τα αισθήματα αυτά μπορούν να αυξηθούν στους γονείς αν το παιδί τους χρήζει νοσηλείας. Ωστόσο έρευνες δείχνουν πως ένας έφηβος μπορεί να γίνει καταθλιπτικός και να χρειάζεται ψυχολογική και φαρμακευτική θεραπεία όταν το κλίμα μεταξύ του έφηβου και των γονιών του δεν είναι φιλικό αλλά εχθρικό αφού διαπληκτίζονται σε καθημερινή βάση, οι γονείς παραμελούν και δε στηρίζουν το παιδί τους στις προσπάθειες του. Επομένως πολλές φορές το μόνο που χρειάζεται από τον νοσηλευτή είναι απλά μια φιλική συζήτηση μεταξύ των μελών της οικογένειας και του εφήβου αν δεν απαιτείται η εισαγωγή του σε νοσοκομείο.

8.4 Ο νοσηλευτής και οι ηλικιωμένοι

Δεδομένης της αρχής ότι η καλύτερη θεραπεία είναι η πρόληψη, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πολύ σημαντικός όχι μόνο κατά τη θεραπεία της κατάθλιψης αλλά και κατά τη διάγνωση της. Καθώς η κατάθλιψη είναι εξαιρετικά δύσκολο να διαγνωστεί στην τρίτη ηλικία, εφόσον συνυπάρχουν και άλλες ασθένειες και τα αναμενόμενα, λόγω του γήρατος, προβλήματα, ο νοσηλευτής οφείλει να αναγνωρίσει και να διακρίνει τυχόν καταθλιπτικά συμπτώματα και να ενημερώσει στη συνέχεια την οικογένεια και τον γιατρό του ασθενούς. Η συμβολή του όμως είναι εξίσου σημαντική και κατά την παροχή φροντίδας στον καταθλιπτικό ηλικιωμένο. (*Dr. Chakraborty A., 2009*)

Πρωταρχική του μέριμνα είναι η αξιολόγηση της κατάστασης του ασθενούς συλλέγοντας πληροφορίες σχετικά με το ιστορικό υγείας του και το οικογενειακό του περιβάλλον. (*L.H.Kurlowicz, PhD, RN,CS, Theresa A.Harvath,PhD,RN.2008*)Ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει την ταυτόχρονη ύπαρξη άλλων ασθενειών από τις οποίες πάσχει ο ηλικιωμένος, καθώς επίσης και αν έχει προηγηθεί κάποια απόπειρα αυτοκτονίας. Η σωστή και πλήρης εκτίμηση της κατάστασης καταδεικνύει τις ενέργειες που πρέπει να ακολουθηθούν και τα μέτρα που πρέπει να εφαρμοστούν.

Λαμβάνοντας υπόψη μας ότι η απώλεια της διάθεσης για ζωή είναι ακόμα πιο έντονη σε έναν υπερήλικα είναι πολύ σημαντική η παροχή ψυχολογικής υποστήριξης. Ο καταθλιπτικός ηλικιωμένος έχει χάσει παντελώς το ενδιαφέρον του για τη ζωή και διακατέχεται από το αίσθημα της πλήρους παραίτησης, απόσυρσης και απομόνωσης. Ο νοσηλευτής πρέπει να του ξαναθυμίσει τις χάρες της ζωής, να συμμεριστεί τη μοναξιά του και να δείξει αμέριστη συμπάρασταση και κατανόηση. (*Greehalgh C. 2010*)Οφείλει να του εξηγήσει το λόγο λήψης των απαραίτητων μέτρων, να κερδίσει την εμπιστοσύνη του και να συζητήσουν για τις απόψεις που έχει το ίδιο το άτομο σχετικά με την κατάσταση του. Επίσης να ενημερωθεί για τις καθημερινές ανάγκες του ασθενούς, για τυχόν δραστηριότητες και πράγματα που του αρέσουν. Μονό μέσα από την αμοιβαία κατανόηση, ειλικρινά και γνήσιο ενδιαφέρον μπορεί να καταστεί αποτελεσματικός ο θεραπευτικός διάλογος.

Σε πρακτικό τώρα επίπεδο ο νοσηλευτής πρέπει να μεριμνήσει για την ικανοποίηση των βασικών καθημερινών αναγκών του ηλικιωμένου.(*Senobia Torres 2012*). Παρατίθενται ορισμένες βασικές νοσηλευτικές παρεμβάσεις:

- Εξασφάλιση ενός άνετου και ασφαλούς δωματίου, με κατάλληλη θερμοκρασία, καλό εξαερισμό και επαρκή φωτισμό.
- Φροντίδα για επαρκή διατροφική πρόσληψη. Καθημερινές απαιτήσεις για ηλικιωμένους, σε περίπτωση που δε συντρέχουν αλλά προβλήματα υγείας, περιλαμβάνουν 30 θερμίδες ανά κιλό σωματικού βάρους και 0,8 έως ένα γραμμ./κιλό της πρωτεΐνης ανά ημέρα, με όχι περισσότερο από 30 % των θερμίδων από λίπος.
- Αφαίρεση ουρητηρίων και λεκανών πριν από το γεύμα.
- Παροχής βοήθειας για τη φροντίδα της στοματικής υγιεινής ή την τοποθέτηση οδοντοστοιχίας πριν από το γεύμα.
- Παροχή γευμάτων που να λαμβάνουν υπόψη τις διατροφικές προτιμήσεις του ασθενούς.
- Σερβίρισμα σε δίσκο κατά τέτοιο τρόπο ώστε να ελκύει την προσοχή του ασθενούς.
- Ενθάρρυνση για συχνή κατανάλωση μικρών ποσοτήτων νερού, ώστε να αποφευχθεί η ξηροστομία και να διευκολυνθεί η κατάποση της τροφής.
- Χορήγηση αντιεμετικών ώστε να περιοριστούν τυχόν ναυτίες κατά τη διάρκεια πρόσληψης της τροφής.
- Έλεγχος κατά την κατάποση των φαρμάκων.
- Απομάκρυνση εμποδίων από το χώρο που διέρχεται ο ηλικιωμένος.
- Παροχή βοηθητικών κινητικών μέσων όπως μπαστούνι ή πατερίτσες.
- Τακτικές αλλαγές της στάσης του σώματος και έλεγχος της ατομικής υγιεινής για την αποφυγή τυχόν κατάκλισης.
- Επάλειψη του δέρματος με τις κατάλληλες αλοιφές ώστε να διατηρείται καθαρό και απαλό.
- Ενθάρρυνση του ασθενούς να φροντίσει για την ατομική του υγιεινή και την προσωπική του καθαριότητα.
- Ψυχολογική υποστήριξη τόσο του ίδιου του ασθενούς, όσο και των συγγενών του κατά την εκπλήρωση των καθημερινών του αναγκών.

Η τελευταία ιεραρχικά παρέμβαση ίσως είναι η σημαντικότερη, καθώς συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για την εκπλήρωση των υπολοίπων. Μόνο αν ο νοσηλευτής κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς θα εξασφαλίσει την τήρηση των οδηγιών από μέρους του ασθενούς και την γρηγορότερη κατά το δυνατόν ανάρρωση.

8.5 Ο νοσηλευτής και τα άτομα με αυτοκτονικές τάσεις

Βασική επιδίωξη του νοσηλευτή είναι πάνω απ' όλα η προστασία της ζωής του αυτοκτονικού άτομου, η παροχή ασφάλειας και προστασίας. (Κουλούρη Α. 2009). Γι' αυτό το λόγο πρώτη προτεραιότητα του είναι η συστηματική παρατήρηση και εκτίμηση της κατάστασης του ώστε να προληφθούν τυχόν αυτοκαταστροφικές ενέργειες. Ο νοσηλευτής λοιπόν οφείλει:

- Να διασφαλίσει ένα ασφαλές περιβάλλον για τον ασθενή απομακρύνοντας επικίνδυνα ή αιχμηρά αντικείμενα, ακόμη και χάρπια, που θα μπορούσαν να τον βλάψουν.
- Να λάβει σοβαρά υπόψη του κάθε έκκληση ή ένδειξη για βοήθεια.
- Να μιλήσει ξεκάθαρα και ανοιχτά για την αυτοκτονία χωρίς περιστροφές και ενδοιασμούς.
- Να κερδίσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς μιλώντας του με ειλικρίνεια και εκφράζοντας τη συμπάρασταση του.
- Να μεριμνήσει για την ικανοποίηση των βασικών αναγκών του ασθενούς.
- Να τοποθετήσει τον ασθενή σε έναν χώρο εύκολα προσδόκιμο με τη δυνατότητα συνεχούς παρακολούθησης.
- Να ενισχύσει την αυτοεκτίμηση του αρρώστου παροτρύνοντας τον να συνεχίσει την ατομική του φροντίδα και τις καθημερινές του δραστηριότητες.
- Να οργανώσει ένα σχέδιο φροντίδας μαζί με τον ασθενή, ιεραρχώντας και ταξινομώντας τα βασικά του προβλήματα ώστε να καταγραφούν οι απαιτούμενες ενέργειες και να ανατεθούν αρμοδιότητες στους υπευθύνους.

- Να είναι ιδιαίτερα προσεκτικός με τη συμπεριφορά του προσωπικού ώστε να μην δημιουργηθεί η λανθασμένη εντύπωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος.
- Να συνεννοηθεί με τον ασθενή για το ποια μέλη της οικογένειας του και του φιλικού του περιβάλλοντος θα έρχονται σε επαφή μαζί του και ποιες ώρες.
- Να είναι οπλισμένος με ψυχραιμία και ανεκτικότητα για οποιαδήποτε αντίδραση προερχόμενη από την οικογένεια του ασθενούς.
- Να φροντίζει ο ασθενής να λαμβάνει την τυχόν φαρμακευτική αγωγή που του έχει χορηγηθεί.
- Να βρίσκεται σε διαρκή εγρήγορση και επαγρύπνηση καθώς για ένα άτομο που θέλει να αυτοκτονήσει δεν αρκεί η απομάκρυνση των «ύποπτων» από κοντά του αντικειμένων. Το αυτοκτονικό άτομο μπορεί να σκαρφιστεί χιλίους τρόπους επίτευξης της πράξης αυτής.
- Να συγκεντρώσει πληροφορίες για τον ίδιο (προηγούμενο ιστορικό αυτοκτονίας) και το ευρύτερο οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Πρωτόκολλα για την αυτοκτονία: έτσι ορίζονται οι οδηγίες για παρακολούθηση της συμπεριφοράς του ασθενούς που έχουν συνταχθεί από τις περισσότερες ψυχιατρικές μονάδες ώστε να προφυλάξουν τον ασθενή από την αυτοκτονική πράξη. Η παρατήρηση του ασθενούς βάσει αυτών των πρωτοκόλλων συνιστά σημαντική νοσηλευτική ευθύνη. Παρατίθεται ένα παράδειγμα ενός τέτοιου πρωτοκόλλου με τις εξής οδηγίες:

Παραμονή του ασθενούς στο δωμάτιο του με την πόρτα ανοιχτή σε περίπτωση που δεν βρίσκεται μαζί του κάποιο μέλος της οικογένειας του ή του προσωπικού.

Τοποθέτηση ενός φυλλαδίου ελέγχου στην πόρτα του δωματίου και έλεγχος κάθε 15 λεπτά.

Έλεγχος για την ύπαρξη επικίνδυνων ή «ύποπτων» αντικειμένων μετά την παρέλευση επισκεπτών.

Συζήτηση με τον ασθενή και αιτιολόγηση της λήψης και τήρησης όλων αυτών των μέτρων.

Άδεια να παρέχεται στον ασθενή ένας κανονικός δίσκος φαγητού αλλά να γίνεται ακριβής έλεγχος κατά την επιστροφή του.

Επιτήρηση του ασθενούς κατά τη λήψη της φαρμακευτικής του αγωγής και διαβεβαίωση της πραγματοποίησης της.

Άδεια επισκέψεων και τηλεφωνικών κλήσεων εκτός αν ο ασθενής δεν το επιθυμεί.
Διατήρηση του πρωτοκόλλου μέχρι αυτό να ακυρωθεί από έναν ψυχίατρο.

Ένα τέτοιο πρωτόκολλο οφείλει να τηρείται για όσο χρονικό διάστημα ασθενής νοσηλεύεται σε μια ψυχιατρική κλινική. Μετά το πέρας του περιοριστικού διαστήματος και εφόσον έχει αποφασιστεί η έξοδος του ασθενούς είναι καθήκον του νοσηλευτή να του συστήσει θεραπευτικούς συνδέσμους και διεξόδους στην κοινότητα και να πληροφορήσει την οικογένεια του για την εφαρμογή τυχόν μέτρων και οδηγιών που της έχουν αποδοθεί. Ο νοσηλευτής αποτελεί τον συνδετικό κρίκο μεταξύ του ασθενούς και της υπόλοιπης θεραπευτικής ομάδας, είναι ο άνθρωπος που έρχεται σε άμεση καθημερινή επαφή με τον ασθενή και ο άνθρωπος που όχι μόνο θα μεριμνήσει για τη ζωή του (αυτό άλλωστε είναι και το βασικότερο όλων) αλλά και θα του δώσει τις κατάλληλες οδηγίες- εφόδια ώστε να τον αποτρέψει από παρόμοιες ιδέες και σκέψεις στο μέλλον. Πάνω απ' όλα είναι εκείνος που θα «ξανασυστήσει» στον ασθενή τον πραγματικό του εαυτό βοηθώντας τον να ανακτήσει τη χαμένη αυτοπεποίθησή του, θα τον συμφιλιώσει με την πραγματικότητα και θα του ξαναθυμίσει το νόημα της ύπαρξης και της ζωής του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Μεγάλος αριθμός μελετών έχει γίνει με κύριο θέμα την κατάθλιψη. Έχουν μελετηθεί διεξοδικά θέματα όπως τα αίτια της, η συσχέτιση με τις διάφορες ηλικίες καθώς και η επίδραση της και η σχέση με διάφορες παθήσεις. Μερικές από αυτές θα αναφέρουμε παρακάτω :

9.1 Αίτια κατάθλιψης

Τηλεόραση και κατάθλιψη . Ο χρόνος που ξοδεύουν οι έφηβοι μπροστά στην τηλεόραση αυξάνει τον κίνδυνο να εμφανίσουν κατάθλιψη κατά την ενήλικη ζωή τους σύμφωνα με ερευνητές του Pittsburg Center for Research on Health Care και του Harvard Medical School. Συγκεκριμένα οι μελετητές έφτασαν στο συμπέρασμα πως κάθε ώρα μπροστά στην τηλεόραση αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης κατάθλιψης σε ποσοστό 8%. Ξεκαθαρίζουν βέβαια πως θα πρέπει να συνυπάρχουν δύο συγκεκριμένοι παράγοντες: η προδιάθεση εμφάνισης κατάθλιψης αλλά και οι ατέλειωτες ώρες μπροστά στην τηλεόραση.

Κατάθλιψη και τζόγος. Ένα πρόβλημα που μελετήθηκε πρόσφατα είναι η σχέση μεταξύ τζόγου και κατάθλιψης. Ο τζόγος και τα τυχερά παιχνίδια προάγουν την κατάθλιψη ή η κατάθλιψη βρίσκει διέξοδο στα τυχερά παιχνίδια. Σε έρευνα του 2008 των πανεπιστημίων Μελβούρνης και Μόνας Αυστραλίας διαπίστωσαν σε ποσοστό 70 % οι εθισμένοι τζογαδόροι κινδύνευαν να παρουσιάσουν κατάθλιψη ενώ οι μισοί από τους συμμετέχοντες έβρισκαν καταφύγιο στη χρήση αλκοολούχων ποτών. Ο υπεύθυνος της έρευνας S.Thomas ομολόγησε ότι είναι δύσκολο να εξακριβωθεί αν ο τζόγος προκαλεί κατάθλιψη ή το αντίθετο. Επίσης από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι ένα ποσοστό 28% των παικτών που παρουσίασαν κατάθλιψη , είχαν στο παρελθόν και άλλα ψυχολογικά προβλήματα

Κατάθλιψη και Διαδίκτυο. Η χρήση του διαδικτύου είναι γνωστή και εξαιρετικά διαδεδομένη στο σύγχρονο κόσμο. Η προσφορά του θεωρείται δεδομένη όμως πολλές έρευνες επισημαίνουν και τα αρνητικά της πολύωρης χρήσης του. Μεταξύ αυτών των αρνητικών είναι ότι αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης κατάθλιψης κυρίως μέσω της απομόνωσης και του περιορισμού του ατόμου μπροστά στον υπολογιστή. Αυτό επιβεβαιώνεται από μια βρετανική μελέτη του Πανεπιστημίου του Λίντς σε δείγμα 1300 ατόμων ηλικίας 16-50 ετών. Μεταξύ των αποτελεσμάτων αυτά που κάνουν ιδιαίτερη εντύπωση είναι : η εμφάνιση καταναγκαστικής εξάρτησης από τον υπολογιστή, η επιθετικότητα κυρίως λεκτική, αλλά και στην έρευνα αυτή δεν ήταν δυνατό να καθοριστεί αν ο εθισμός προκαλεί κατάθλιψη ή η κατάθλιψη οδηγεί στον εθισμό.

Οικονομική κρίση και κατάθλιψη. Ένα φαινόμενο που έχει ήδη προκαλέσει μεγάλη εντύπωση και τα τελευταία χρόνια έχει εμφανισθεί και στη χώρα μας είναι η συσχέτιση της οικονομικής κρίσης και της αύξησης εμφάνισης κατάθλιψης και αυτοκτονιών στο δοκιμαζόμενο πληθυσμό. Σε έρευνα του Ινστιτούτου του Χόγκ Κογκ για τις επιπτώσεις της κρίσης σε χώρες της Ασίας σε δείγμα 2000 ατόμων διαπιστώθηκε ότι ένα ποσοστό 12% των συμμετεχόντων στην έρευνα και υφίσταντο συνέπειες της οικονομικής κρίσης παρουσίαζαν καταθλιπτικά συμπτώματα.

9.2 Ηλικία και κατάθλιψη

Εφηβεία και κατάθλιψη : Η κακή εξωτερική εμφάνιση είναι μια παράμετρος που ειδικά σε έφηβους παίζει ένα ιδιαίτερο ρόλο. Σε μια έρευνα του τμήματος Ψυχολογίας του πανεπιστημίου του Γκέτεμποργκ σε παιδιά ηλικίας 10-14 ετών βρέθηκε ότι τα κορίτσια είναι πιο απαιτητικά σε σχέση με τα αγόρια σε θέματα που σχετίζονται με την εμφάνιση τους. Η κατάσταση γίνεται ακόμη πιο δύσκολη όταν τα κορίτσια έχουν και πρόβλημα παχυσαρκίας. Τα άτομα αυτά γίνεται στόχος των συμμαθητών τους ενώ τα επόμενα χρόνια είναι δυνατόν να αναπτύξουν κατάθλιψη, βουλιμία, αντικοινωνικές τάσεις, επιθετικότητα.

Κατάθλιψη και νεαρές γυναίκες: Ένα άλλο θέμα το οποίο μελετήθηκε είναι η εμφάνιση κατάθλιψης στα 2 φύλα διαφορετικής ηλικίας. Μια τέτοια μελέτη έγινε στην Αυστραλία και έδειξε ότι το 18 % των νέων γυναικών ηλικίας 22-33 ετών της Αυστραλίας πάσχει από κατάθλιψη. Η έρευνα που έγινε για λογαριασμό του υπουργείου Υγείας της χώρας το 2005, έδειξε ότι οι νέες γυναίκες εμφανίζουν περισσότερα προβλήματα σε σχέση με τις μητέρες τους και τις γιαγιάδες τους. Από το ποσοστό των νέων γυναικών μόνο ένα 60 % έχει συμβουλευτεί κάποιο ειδικό και λαμβάνει αντικαταθλιπτική αγωγή. Άλλα αποτελέσματα της έρευνας αυτής που εντυπωσιάζουν είναι τα εξής : περισσότερο επιρρεπείς στην κατάθλιψη είναι οι νέες ανύπαντρες ή διαζευγμένες γυναίκες ενώ όσο αυξάνεται η ηλικία των γυναικών τόσο μειώνεται η εμφάνιση της νόσου.

Μετά τη γέννηση παιδιού εμφανίζεται κατάθλιψη σε νέους πατέρες. Μια μελέτη που έχει ιδιαίτερο ενδιαφέρον είναι αυτή που έγινε στις ΗΠΑ και δημοσιεύθηκε στο περιοδικό JAMA. Σύμφωνα με την έρευνα αυτή ποσοστό 10 % των νέων πατέρων, δηλαδή ανδρών που αποκτούν παιδί, εμφανίζουν καταθλιπτική συμπτωματολογία το πρώτο τρίμηνο μετά τη γέννηση του παιδιού τους. Η κατάσταση αυτή συχνά περνά απαρατήρητη, αδιάγνωστη και δεν αντιμετωπίζεται όπως θα έπρεπε. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της κατάθλιψης είναι αίσθηση ευθύνης που προσθέτει άγχος και στρες, η έλλειψη ύπνου και η σωματική κόπωση, οι αλλαγές στην καθημερινότητα του και στον τρόπο ζωής του, η μερική απομάκρυνση του ζευγαριού και η μείωση της σεξουαλικής επαφής με τη σύζυγο.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι η κατάθλιψη αποτελεί ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα των σύγχρονων κυρίως κοινωνιών, που με το πέρασμα των χρόνων συνεχώς αυξάνεται όπως και η θνησιμότητα της. Ως διαταραχή της διάθεσης επηρεάζει σημαντικά πολλές πλευρές της προσωπικότητας του ατόμου, την

κοινωνικότητα του, την ανάπτυξη σχέσεων, απομονώνει το άτομο, ενώ αν συνυπάρχει με αυτοκτονικό ιδεασμό μπορεί να φτάσει μέχρι και το θάνατο.

Η θεραπευτική προσέγγιση περιλαμβάνει πολλούς διαφορετικούς τρόπους αντιμετώπισης αλλά η φαρμακοθεραπεία και οι ψυχοθεραπευτικές παρεμβάσεις αποδεικνύονται οι πιο αποτελεσματικές. Οι SSRI αποτελούν τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται περισσότερο σήμερα ενώ η γνωστική ψυχοθεραπεία λειτουργεί ως μια προσπάθεια γνωριμίας με τον ίδιο τον εαυτό του. Με την ομαδική ψυχοθεραπεία οι ασθενείς βιώνουν την “παγκοσμιότητα” της νόσου δηλαδή κατανοούν το ότι υπάρχουν και άλλοι στην ίδια θέση μ’αυτόν, βλέπουν όμως και τη θετική προσπάθεια κάποιων μελών της ομάδας και το προχώρημά τους στην προσπάθεια εξόδου από τη νόσο. Σημαντικό έδαφος κερδίζει στη θεραπευτική της κατάθλιψης ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και ψυχοθεραπείας, όπου σημαντικό ρόλο μπορεί να παίξει και ο νοσηλευτής.

Ο νοσηλευτής εκτός από τον παραδοσιακό ρόλο του, καλείται να παίξει και εναλλακτικούς. Ως πρόσωπο αναφοράς διεκπεραιώνει το σύνολο των υποχρεώσεων του ασθενή και φροντίζει για την επίλυση των προβλημάτων(Νοσηλευτικές διαγνώσεις) που πηγάζουν από τη νόσο και εμφανίζονται και κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, πάντα με τη χρήση του επιστημονικού εργαλείου που ονομάζεται νοσηλευτική διεργασία.

Τα τελευταία χρόνια όμως ο νοσηλευτής μπορεί να έχει και ένα άλλο θεραπευτικό ρόλο, αυτό του ψυχοθεραπευτή. Με στερεή θεωρητική γνώση και εμπειρία μπορεί να ασκήσει και το έργο αυτό. Παρά τα προβλήματα που υπάρχουν στην πιστοποίηση των θεωρητικών γνώσεων στη χώρα μας, υπάρχουν υπηρεσίες(νοσοκομεία) και ανώτατες σχολές(ιατρική και ψυχολογία) που δίνουν τη δυνατότητα σε επαγγελματίες υγείας, μεταξύ αυτών και νοσηλευτές, να αποκτήσουν το θεωρητικό υπόβαθρο σε όλα τα είδη της ψυχοθεραπείας. Υπάρχουν επίσης πολλοί ιδιωτικοί φορείς που παρέχουν ανάλογη εκπαίδευση με πληρωμή. Για την άσκηση του επαγγέλματος του ψυχοθεραπευτή πρέπει να υπάρχει επιπλέον και νομική κατοχύρωση. Σε πολλά ψυχιατρικά κυρίως νοσοκομεία η ενασχόληση των νοσηλευτών με την θεραπεία αυτή είναι πολύ διαδεδομένη και ασχολούνται κύρια με τον ομαδική ψυχοθεραπεία.

Οι παρεμβάσεις όλων των επαγγελματιών υγείας και των νοσηλευτών θα πρέπει να στοχεύουν αρχικά στην πρόληψη και στη συνέχεια στην αντιμετώπιση της νόσου, στην προστασία της ανθρώπινης ζωής και στην προσφορά ποιότητας στη ζωή του καταθλιπτικού ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Admin, (2012). Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης . Available at: <http://www.depression.com.gr> [Πρόσβαση: 27 Ιανουαρίου 2012]

All About (2010). Suicide and Depression. Available at: <http://www.allaboudepression.com> [Πρόσβαση: 29 Ιανουαρίου 2012]

All About Depression,(2010). Causes of Depression. Available at: <http://www.allaboutdepression.com> [Πρόσβαση: 14 Δεκεμβρίου 2011]

All About Depression. 2010. Major Depressive Disorder. Available at: <http://www.allaboutdepression.com> [Πρόσβαση 17 Νοεμβρίου 2011]

All About, (2010). Diagnosis of Clinical Depression. Available at: <http://www.allaboutdepression.com> [Πρόσβαση: 5 Φεβρουαρίου 2012]

All Psych, (2003). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Available at: <http://allpsych.com> [Πρόσβαση: 6 Φεβρουαρίου 2012]

American Psychiatric Association (APA 2002). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington

American Psychiatric Association (September 2007). Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder. 2nd ed..

Anapolis, (2012). Αίτια- αιτίες κατάθλιψης. Available at: <http://www.anapolis.gr> [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2012]

Anapolis. 2012. ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ. Available at: <http://www.anapolis.gr> [Πρόσβαση 24 Ιανουαρίου 2012]

Anapolis. 2012. Ψυχωτική κατάθλιψη. Available at: <http://www.anapolis.gr> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]

Aufiero B., (2010). Consequences of Depression. Available at: <http://www.livestrong.com> [Πρόσβαση: 28 Ιανουαρίου 2012]

Banerjee S., (2006). Consequences of Depression. Available at: <http://www.searo.who.int> [Πρόσβαση: 28 Ιανουαρίου 2012]

Beach, S.R. H., Franklin, K., Dreifus, J., Kamen, C., Gabriel, B. (2011). Couple therapy and the treatment of depression. In A. S. Gurman (Ed.), Clinical Handbook of Couple Therapy, Fourth Edition. New York: Guilford.

Bradley-Coprue, C. (2004 [2009]). Έφηβοι. Στο: Kneisl, C.R & Wilson, H.S & Trigoboff, E., ed. Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Κρομμύδας Γ. Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, 733-760.

Brenda Happell, Leanne Cowin, Cath Roper and Kim Foster Rose McMaster (2008). Introducing Mental Health Nursing. Pub Allen & Unwin.

Brian A. Primack, MD, EdM, MS; Brandi Swanier, BA; Anna M. Georgiopoulos, MD; Stephanie R. Land, PhD; Michael J. Fine, MD, MSc 2009; Association Between Media Use in Adolescence and Depression in Young Adulthood A Longitudinal Study Arch Gen Psychiatry. 6(2):181-188).

Cahm,(2011). The Causes of Depression- Current Theories. Available at: <http://www.cahm.net> [Πρόσβαση: 14 Δεκεμβρίου 2011]

Carolina Lunde, Ann Frisén, C. Philip Hwang, March 2007. Ten –year-old girls and boys body composition and peer victimization experiences: Prospective associations with body satisfaction. Body Image P:11-28

Chakraborty A., 2009. Depression in the Elderly. Available at: <http://www.webmd.com> [Πρόσβαση 28 Ιανουαρίου 2012]

Cherry K., 2005. What is Cognitive Behavior Therapy. Available at: <http://www.about.com> [Πρόσβαση 17 Ιανουαρίου 2012]

Chitty, K.K. (2004 [2009]). Διαταραχές Διάθεσης. Στο: Kneisl, C.R & Wilson, H.S & Trigoboff, E., ed. Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Κρομμύδας Γ. Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, 406-441

Christina Lee¹, Annette J Dobson², Wendy J Brown³, Lois Bryson⁴, Julie Byles⁵, Penny Warner-Smith⁴ and Anne F Young 2005 .Cohort Profile: The Australian Longitudinal Study on Women's Health International Journal of Epidemiology Volume 34, Issue 5 P. 987-991

Clinical Depression Cure, (2008). Elderly Depression and Treatment. Available at: <http://www.clinicaldepressioncure.com> [Πρόσβαση: 10 Φεβρουαρίου 2012]

D. Pendick,(2001). Depression and Memory. Available at: <http://www.memorylossline.com>[Πρόσβαση: 29 Ιανουαρίου 2012]

Deligiannidis K, et al 2010. Complementary and alternative medicine for the treatment of depressive disorders in women. *Psychiatric Clinics of North America.*;33: 441.

DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD (1999). Medications versus cognitive behaviour therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomised comparisons. Am J Psychiatry ; 156: 1007–13

- Donald Miller, (2012). About Nursing Care for the Elderly. Available at: <http://www.ehow.com> [Πρόσβαση: 10 Φεβρουαρίου 2012]
- Dr Timms P., 2010. Depression and Men. Available at: <http://www.rcpsych.ac.uk> [Πρόσβαση 15 Δεκεμβρίου]
- Dr. Chakraburttty A., 2009. Depression in the Elderly. Available at: <http://www.webmd.com> [Πρόσβαση 27 Νοεμβρίου 2011]
- Dr. Ch. Raison, (2009). Can depression cause memory loss. Available at: <http://www.cnn.com> [Πρόσβαση: 29 Ιανουαρίου 2012]
- Dr. Chris Ballas, (2012). Depression test: Is it depression or something else. Available at: <http://www.heathcentral.com> [Πρόσβαση: 6 Φεβρουαρίου 2012]
- Dr. Ivan K. Goldberg, (2011). Goldberg's depression test. Available at: <http://www.netdoctor.co.uk> [Πρόσβαση: 6 Φεβρουαρίου 2012]
- Dr.G.Simon, PhD, (2009). Depression and Memory Problem. Available at: <http://askthepsych.com> [Πρόσβαση: 29 Ιανουαρίου 2012]
- EU MEDLINE (2011). Μία απλή εξέταση αίματος κάνει διάγνωση για την κατάθλιψη. Available at: <http://www.eumeline.eu> [Πρόσβαση: 5 Φεβρουαρίου 2012]
- Fava M, Cassano P. (2008) Mood disorders: Major depressive disorder and dysthymic disorder. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry . 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier;:chap 29.
- Glasgow Memory Clinic, (2011). About Memory Impairment. Available at: <http://www.memoryclinic.com> [Πρόσβαση: 29 Ιανουαρίου 2012]
- Goldberg J.,2012. Major Depression (Clinical Depression). Available at: <http://www.webmd.com> [Πρόσβαση 13 Ιανουαρίου 2012]
- Greenhalgh C., (2010). Understanding Elderly Depression. Available at: <http://health.uml.edu> [Πρόσβαση: 10 Φεβρουαρίου 2012]
- Havens L., 2010. Types of Psychotherapy. Available at: <http://www.myoptumhealth.com> [Πρόσβαση 17 Ιανουαρίου 2012]
- Healthwise staff (2010). Recognizing the Warning Signs of Suicide. Available at: <http://www.webmd.com> [Πρόσβαση: 29 Ιανουαρίου 2012]
- Healthwise Staff,(2010), Depression Medications (Antidepressants). Available at: <http://www.webmd.com> [Πρόσβαση: 21 Ιανουαρίου 2012]
- Healthwise Staff,(2010). Depression Causes. Available at: <http://www.webmb.com> [Πρόσβαση: 14 Δεκεμβρίου 2011]

Healthwise Staff. 2010. Family therapy. Available at: <http://www.webmd.com> [πρόσβαση 18 Ιανουαρίου 2012]

HiCow (2011). Οι σωματικές επιπτώσεις της κατάθλιψης. Available at: <http://gr.hicow.com> [Πρόσβαση: 27 Ιανουαρίου 2012]

Holms L.,(2010). Causes of Depression. Available at: <http://mentalhealth.about.com> [Πρόσβαση: 14 Δεκεμβρίου 2011]

<http://www.medlook.net> [Πρόσβαση: 17 Νοεμβρίου 2011]

Intelihealth (2010). How is depression diagnosed. Available at: <http://www.intelihealth.com> [Πρόσβαση: 5 Φεβρουαρίου 2012]

James F. Paulson, PhD; Sharnail D. Bazemore, MS, 2010. Prenatal and Postpartum Depression in Fathers and Its Association With Maternal Depression, A Meta-analysis, JAMA, 303(19):1961-1969

J.M.Grohol, Psy.D., (2010). Depression Treatment. Available at: <http://psychcentral.com> [Πρόσβαση: 21 Ιανουαρίου 2012]

Karel, M. J., & Hinrichsen, G. (2000). Treatment of depression in late life: Psychotherapeutic interventions [Special issue]. *Clinical Psychology Review*, 20, 707-729.

Katon W., Schulberg H. (2002) Epidemiology of depression in primary care. . *Gen Hosp psychiatry.*;14:237–247

Kennedy GJ., Kelman HR., Thomas C.(1991). Persistence and remission of depressive symptoms in late life. *Am J Psychiatry.* ;148:174–178

Kneisl R.C., Riley A.E., (2004 [2009]). Πελάτες σε Κίνδυνο για Αυτοκτονία και Αυτοκτονική Συμπεριφορά, στο: Kneisl, C.R & Wilson, H.S & Trigoboff, E., ed. Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Κρομμύδας Γ. Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, 634- 643

Krishnan K. 2002 Biological risk factors in late life depression. . *Biol Psychiatry.* ;52:185–192

L. H. Kurlowicz ,Phd, RN, CS, Theresa A. Harvath, PhD, RN,CNS (2008). Nursing Standard of Practice Protocol : Depression. Available at: <http://cosultgerirn.org> [Πρόσβαση: 10 Φεβρουαρίου 2012]

L. Mollinea, (2010) Consequences of untreated depression. Available at: <http://www.livestrong.com> [Πρόσβαση: 28 Ιανουαρίου 2012]

Langenfeld S., 2011. Dysthymic Disorder. Available at: <http://reference.medscape.com> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]

Lenze, E.J. et al.,(2005). “Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: Effects on social adjustment,”*American Journal of Psychiatry*, 159, 466-468.

- M. Clark (2007). Depression & Suicide. Available at: <http://suicidal.com> [Πρόσβαση: 29 Ιανουαρίου 2012]
- M. Smith, MA, Saisan I., ΔΣΑ, J.Segal, Ph.D,(2011). Understanding Depression. Available at: <http://helpguide.org> [Πρόσβαση: 21 Νοεμβρίου 2011]
- M. Thakur, MD, Dan G. Blazer, MD, PhD (2010). Depression in long-term care. Available at: <http://www.amda.com> [Πρόσβαση: 10 Φεβρουαρίου 2012]
- M.Winkler, (2003). Behandlung einer Depression. Available at: <http://web4heath.info> [Πρόσβαση: 21 Ιανουαρίου 2012]
- Mandalou D., 2007. Ομαδική ψυχοθεραπεία. Available at: <http://psychotherapeutiki.gr> [Πρόσβαση 7 Ιανουαρίου 2012]
- Mark Tyrell, (2011). Symptoms of Depression. Available at: <http://www.clinical-depression.co.uk> [Πρόσβαση: 21 Νοεμβρίου 2011]
- Mark Tyrell,(2011). Causes of Depression. Available at: <http://www.clinical-depression.co.uk>[Πρόσβαση: 14 Δεκεμβρίου 2011]
- Mayo Clinic Staff, (2011). Treatments and drugs. Available at: www.mayoclinic.com [Πρόσβαση: 21 Ιανουαρίου 2012]
- Mayo clinic staff, (2011).Symptoms of Depression. Available at: <http://www.mayoclinic.com> [Πρόσβαση: 21 Νοεμβρίου 2011]
- Mayo clinic staff. 2011. Depression (major depression). Available at: <http://www.mayoclinic.com> [Πρόσβαση 17 Δεκεμβρίου 2011]
- Mayo clinic staff. 2011. Seasonal affective disorder. Available at: <http://www.mayoclinic.com> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]
- McDermut, W., Miller, I. W. & Brown, R. A., (2001) The efficacy of group psychotherapy for depression: a meta-analysis and review of the empirical research. Clinical Psychology: Science and Practice, 8, 98–116.*
- Medlook (2011). Η κατάθλιψη στους άνδρες, στις γυναίκες και στα παιδιά. Available at: <http://www.medlook.net> [Πρόσβαση: 27 Ιανουαρίου 2012]
- Medlook, (2003). Κατάθλιψη: Ανάγκη για μακροχρόνια θεραπεία. Available at: <http://www.medlook.net> [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2012]
- Medlook, (2007), Κατάθλιψη: Πώς γίνεται η διάγνωση. Available at:
- Medlook, (2007). Κατάθλιψη: Πώς γίνεται η διάγνωση. Available at: www.medlook.net [Πρόσβαση: 5 Φεβρουαρίου 2012]
- Medlook, (2010). Η κατάθλιψη στους εφήβους: Αιτίες και συμπτώματα. Available at: <http://www.medlook.net> [Πρόσβαση: 12 Δεκεμβρίου 2011]

- Medlook. 2004. Οι άνδρες, η κατάθλιψη και η τεστοστερόνη. Available at: : <http://www.medlook.net> [πρόσβαση 18 Δεκεμβρίου 2011]
- Medlook. 2006. Πώς είναι η κατάθλιψη στους άνδρες; Available at: : <http://www.medlook.net> [πρόσβαση 9 Δεκεμβρίου 2011]
- Medlook. 2010. Η κατάθλιψη στους εφήβους: αίτια και συμπτώματα. Available at: <http://www.medlook.com> [Πρόσβαση 14 Ιανουαρίου 2012]
- Medlook. 2010. Η κατάθλιψη στους εφήβους: Αιτίες και συμπτώματα. Available at: <http://www.medlook.net> [πρόσβαση 18 Δεκεμβρίου 2011]
- Medlook. 2011. Εποχιακή κατάθλιψη, μελαγχολία του χειμώνα: Αυτά που πρέπει να ξέρετε. Available at: <http://www.medlook.net> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]
- Medlook. 2011. Μανιοκατάθλιψη(διπολική διαταραχή). Available at: <http://www.medlook.com> [Πρόσβαση 14 Ιανουαρίου 2011]
- Medscape. 2011. Overview of Postpartum Mood Disorders. Available at: <http://www.medscape.com> [Πρόσβαση 17 Νοεμβρίου 2011]
- MID Online, (2009). Αίτια Κατάθλιψης. Available at: <http://www.midoline.com> [Πρόσβαση: 12 Δεκεμβρίου 2011]
- Modcular Psychiatry, (2012). Εξέταση αίματος για τη διάγνωση της κατάθλιψης. Available at: <http://www.iatronet.gr> [Πρόσβαση: 5 Φεβρουαρίου 2012]
- Morrison, K, Gore H, 2010 .The relationship between excessive internet use and depression.Psychopathology,43: 121-126*
- Mulholland Dr C., (2010). Depression and suicide in men. Available at: <http://www.netdoctor.co.uk> [Πρόσβαση: 29 Ιανουαρίου 2012]
- Mulholland Dr C., (2010). Depression Treatment. Available at: <http://www.netdoctor.co.uk> [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2012]
- NAMI.(2001). Depression in Older Persons. Available at: <http://www.nami.org> [Πρόσβαση: 10 Φεβρουαρίου 2012]
- Nardi DA 2007. Depression in school-aged children: Assessment and early intervention. J Psychosoc Nurs Mental Hlth Serv, 45:48–52*
- NHS Choices, (2010). Treating Depression. Available at: <http://www.nhs.uk> [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2012]
- NHS Choices, (2010).Depression- Diagnosis. Available at: <http://www.nhs.uk> [Πρόσβαση: 5 Φεβρουαρίου 2012]
- NIMH, (2010). How is depression diagnosed and treated. Available at: <http://www.nimh.nih.gov> [Πρόσβαση: 21 Ιανουαρίου 2012]

NIMH, (2010). What medications are used to treat depression. Available at: <http://www.nimh.nih.gov> [Πρόσβαση: 21 Ιανουαρίου 2012]

NIMH. 2009. What causes depression in woman?. Available at: <http://www.nimh.nih.gov> [Πρόσβαση 21 Ιανουαρίου 2012]

Ogrodniczuk J.,2011. MEN AND DEPRESSION. Available at: <http://171.66.125.180> [Πρόσβαση 28 Ιανουαρίου 2012]

Otherside, (2010), 7 Σωματικά συμπτώματα- σημάδια κατάθλιψης. Available at: <http://www.otherside.gr> [Πρόσβαση: 17 Νοεμβρίου 2011]

Palsson J. (2008). Consequences of Depression. Available at: <http://www.articledoctor.com> [Πρόσβαση: 28 Ιανουαρίου 2012]

Pentecost D, McNab S. 2007 .Keeping company with hope and despair: Family therapists' reflections and experience of working with childhood depression. J Fam Ther, 29:403–419

Pines, M & Schlapobersky, J. (2000) Group methods in adult psychiatry. In New Oxford Textbook of Psychiatry (ed. M. Gelder). Oxford: Oxford University Press

R. Shoor, (2011). The Consequences of Depression. Available at: <http://findarticles.com> [Πρόσβαση: 28 Ιανουαρίου 2012]

Rupke, Stuart J., David Blecke, Marjorie Renfrow (2006) "Cognitive Therapy for Depression." American Family Physician. 73.1 :83-6.

Schimelpfening, (2011). Most common Depression Symptoms. Available at: <http://depression.about.com> [Πρόσβαση: 21 Νοεμβρίου 2011]

Schwartz A., PH. D., (2009) Teenage depression and consequences. Available at: <http://www.mentalheath.net> [Πρόσβαση: 28 Ιανουαρίου 2012]

Scott J, Derubeis RJ.(2001) Cognitive therapy and psychosocial interventions in chronic and treatment-resistant mood disorders. In: Amsterdam J, Neirberg N. (eds).Treatment Refractory Mood Disorders. Cambridge: Cambridge University Press,

Scott J, Teasdale J, Paykel ES et al. (2000).The effects of cognitive therapy on psychological symptoms and social functioning in residual depression. Br J Psychiatry ; 177: 440–6

Scott J. (2000). Invited editorial: treatment of chronic depression. N Engl J Med ;342: 1518–20

Senobia Torres, (2012). Depression in the Elderly & Nursing Intervention. Available at: <http://www.ehow.com> [Πρόσβαση: 10 Φεβρουαρίου 2012]

Sheila L. Videbeck 2010. Psychiatric-Mental Health Nursing, Pub Lippincot

Shu-Sen Chang, David Gunnelle, Jonathan A.C. Sterne, Tsung-Hsueh Lu, Andrew T.A. Cheng, April 2009. Was the economic crisis 1997–1998 responsible for rising suicide rates in East/Southeast Asia? A time–trend analysis for Japan, Hong Kong, South Korea, Taiwan, Singapore and Thailand, Social Science and Medicine, Vol 68, issue 7, p 1322-1331.

Smith M, Jaffe J. 2011. Depression in Women: Causes, Symptoms, and Treatment. Available at: <http://helpguide.org> [Πρόσβαση 9 Δεκεμβρίου 2011]

Smith M., MA, Saisan I., ΔΣΑ, J.Segal, Ph.D. (2011). Depression Treatment. Available at: <http://helpguide.org> [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2012]

SPRC (2008). The Role of Nurses in Preventing Suicide. Available at: <http://www.sprc.org> [Πρόσβαση: 11 Φεβρουαρίου 2012]

Teen Suicide, (2005). Teen Depression. Available at: <http://www.teensuicide.us> [Πρόσβαση: 29 Ιανουαρίου 2012]

Teri, L., & McCurry, S. M. (2000). Psychosocial therapies with older adults. In C. E. Coffey & J. L. Cummings (Eds.), Textbook of geriatric neuropsychiatry (2nd ed., pp. 861-890). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Thomas, S and Jackson, A 2008, Risk and Protective Factors, Depression and Comorbidities in Problem Gambling , Australian Gamblin Council, No 28 June).

Trigoboff E., (2004 [2009]). Γνωσιακές και Συμπεριφορικές Παρεμβάσεις. . Στο: Kneisl, C.R & Wilson, H.S & Trigoboff, E., ed. Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας, Μετάφραση: Κρομμύδας Γ. Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, 840-858

Truax, P. (2001) Review: group psychotherapy is effective for depression. Evidence-Based Mental Health, 4, 82

UCSC, (2010). Depression and suicide. Available at: <http://heathcenter.uscs.edu> [Πρόσβαση: 29 Ιανουαρίου 2012]

Warman M., Beck A., 2003. Cognitive-Behavioral therapy. Available at: <http://www.nami.org> [Πρόσβαση 17 Ιανουαρίου 2012]

WebMD (2011). Depression Diagnosis and Screening. Available at: <http://www.webmd.com> [Πρόσβαση: 5 Φεβρουαρίου 2012]

WHO (2006). Diagnosing Depression. Available at: <http://www.searo.who.int>. [Πρόσβαση: 5 Φεβρουαρίου 2012]

Wikipedia (2011). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Available at: <http://en.wikipedia.org> [Πρόσβαση: 6 Φεβρουαρίου 2012]

Wikipedia (2011). ICD-10. Available at: <http://www.en.wikipedia.org> [Πρόσβαση: 6 Φεβρουαρίου 2012]

Wikipedia(2011) Antidepressant. Available at: <http://en.wikipedia.org> [Πρόσβαση: 21 Ιανουαρίου 2012]

Wilkin P (2003). in: Barker, P (ed) (2003). Psychiatric and Mental Health Nursing: The craft of caring. London: Arnold. pp. 26–33

Zimmerman M, Chelminski I, Posternak M (2004 Sep). "A review of studies of the Hamilton depression rating scale in healthy controls: implications for the definition of remission in treatment studies of depression.". *J Nerv Ment Dis* **192** (9): 595–601

Βικιπαίδεια. 2008. Μείζων καταθλιπτική διαταραχή. Available at: <http://www.healthierworld.gr> [Πρόσβαση 1 Δεκεμβρίου 2011]

Βικιπαίδεια. 2011. Δυσθυμία. Available at: <http://el.wikipedia.org> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]

Βογιατζή Λ., 2010. Ατομική ψυχοθεραπεία. Available at: <http://www.mypsychologist.gr> [Πρόσβαση 29 Νοεμβρίου 2011]

Δασκαλόπουλος Θ., 2006. Κατάθλιψη μετά το τοκετό, Επιλόχεια κατάθλιψη, Ψυχιατρική θεραπεία. Available at: <http://psi-gr.tripod.com> [Πρόσβαση 15 Νοεμβρίου 2011]

Δασκαλόπουλος Θ., 2006. Κλινικές μορφές κατάθλιψης. Available at: <http://psi-gr.tripod.com> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]

Δασκαλόπουλος Θ., 2006. Μείζων κατάθλιψη. Available at: <http://psi-gr.tripod.com> [Πρόσβαση 3 Ιανουαρίου 2012]

Δασκαλόπουλος Θ.. (2006). Φάρμακα στην Ψυχιατρική. Available at: <http://psi-gr.tripod.com> [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2012]

Δημητράσκου Θ., 2005. Κατάθλιψη στη τρίτη ηλικία. Available at: <http://e-psychology.gr> [Πρόσβαση 4 Ιανουαρίου]

Δρ Βασιλειάδης Γ., 2012. Τι είναι η ομαδική θεραπεία. Available at: <http://www.aftognosia.gr> [πρόσβαση 15 Ιανουαρίου 2012]

ΕΠΙΨΥ, (2010). Άνδρες και κατάθλιψη. Available at: <http://www.depressionanxiety.gr> [Πρόσβαση: 27 Ιανουαρίου 2012]

ΕΠΙΨΥ, (2010). Θεραπεία Κατάθλιψης. Available at: <http://www.depressionanxiety.gr> [Πρόσβαση: 20 Ιανουαρίου 2012]

ΕΠΙΨΥ, (2010). Κατάθλιψη> Ποια είναι τα συμπτώματα. Available at: <http://www.depressionanxiety.gr> [Πρόσβαση: 17 Νοεμβρίου 2011]

ΕΠΙΨΥ. 2010. Άνδρες και κατάθλιψη. Available at: <http://www.dipressionanxiety.gr> [πρόσβαση 28 Ιανουαρίου 2012]

ΕΠΙΨΥ. 2010. Γνωσιακή – Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία. Available at: <http://www.depressionanxiety.gr> [Πρόσβαση 15 Ιανουαρίου 2012]

ΕΠΙΨΥ. 2010. Γνωσιακή Ψυχοθεραπεία. Available at: <http://www.depressionanxiety.gr> [Πρόσβαση 19 Ιανουαρίου 2012]

ΕΠΙΨΥ. 2010. Δυσθυμική Ψυχοθεραπεία. Available at: <http://www.depressionanxiety.gr> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]

ΕΠΙΨΥ. 2010. Παιδιά και κατάθλιψη. Available at: <http://www.dipressionanxiety.gr> [πρόσβαση 28 Ιανουαρίου 2012]

Ευθυμίου Κ. 2007. Η Γνωσιακή – συμπεριφοριστική θεραπεία. Available at: <http://www.psychotherapy.gr> [Πρόσβαση 17 Ιανουαρίου 2012]

Herkon M., 2008. About Cognitive Psychotherapy. Available at: <http://psychcentral.com> [Πρόσβαση 19 Ιανουαρίου 2012]

Κανταρτζής Σ., (2008). Διαταραχές. Available at: <http://www.kantartzis-sotirios.gr> [Πρόσβαση: 12 Δεκεμβρίου 2011]

Κανταρτζής Σ., 2008. Διπολική διαταραχή(μανιοκατάθλιψη). Available at: <http://www.kantartzis-sotirios.gr> [Πρόσβαση 2 Νοεμβρίου 2011]

Καππάτου Α.(20120. Διάγνωση της κατάθλιψης με εξέταση αίματος. Available at: <http://www.akappatou.gr> [Πρόσβαση: 5 Φεβρουαρίου 2012]

Καστρισίου Λ., 2004. Ομαδική Ψυχοθεραπεία. Available at: <http://www.psychotherapists.gr> [Πρόσβαση 12 Δεκεμβρίου 2011]

Κινητή Μονάδα Ψυχικής Υγείας Κυκλάδων.(2010). Ο ρόλος του νοσηλευτή στη φροντίδα του αυτοκτονικού ασθενούς. Available at: <http://kinitimonada.worldpress.com> [Πρόσβαση: 11 Φεβρουαρίου 2012]

Κοκκώλης Κ., (2004). Κατάθλιψη: Αίτια και αντιμετώπιση. Available at: <http://www.iatronet.gr> [Πρόσβαση: 24 Νοεμβρίου 2011]

Κουλουβάρη Μ., Ευθυμίου Κ., (2006). Κατάθλιψη, Available at: <http://www.ibrt.gr> [Πρόσβαση: 24 Νοεμβρίου 2011]

Κουλούρη Αγ.(2009). Αυτοκαταστροφική Συμπεριφορά και Υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Available at: <http://www.hjn.gr> 296-299 [Πρόσβαση: 11 Φεβρουαρίου 2012]

Κυριακίδου Μ., 2011.Κατάθλιψη και Τρίτη ηλικία. Available at: <http://www.mariakyriakidou.gr> [Πρόσβαση 27 Ιανουαρίου 2012]

Κωστοπούλου Μ., (2011). Μύθοι και αλήθειες για την αυτοκτονία. Available at: <http://www.otherside.gr> [Πρόσβαση: 29 Ιανουαρίου 2012]

Κωστοπούλου Μ., 2010. Πότε θέλει θεραπεία η κυκλοθυμία. Available at: <http://www.tanea.gr> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]

Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ. (2001). Εφηβεία και κατάθλιψη. Αρχεία ελληνικής ιατρικής, 18(5), 466-474

Λαζαράτου Ε., Αναγνωστόπουλος Δ.Κ., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, (2001). Εφηβεία και κατάθλιψη, 468-470. Available at: <http://www.mednet.gr> [Πρόσβαση: 27 Ιανουαρίου 2012]

Λεβεντάκη Ε., 2012. Ομαδική ψυχοθεραπεία. Available at: <http://www.psychologia.gr> [Πρόσβαση 15 Ιανουαρίου 2012]

Mayo clinic staff. 2010. Cognitive Behavioral therapy. Available at: <http://www.mayoclinic.com> [Πρόσβαση 17 Ιανουαρίου 2012]

Μανδάλου Δ., 2007. Ομαδική ψυχοθεραπεία. Available at: <http://psychotherapeutiki.gr> [Πρόσβαση 12 Νοεμβρίου 2011]

Μενεδιάτου Α. (2012). Συμπτώματα και διάγνωση της κατάθλιψης. Available at: <http://www.mazi.org.gr> [Πρόσβαση: 5 Φεβρουαρίου 2012]

Μενιδιάτου Α., 2012. Κυκλοθυμική διαταραχή. Available at: <http://www.mazi.org.gr> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]

Μίνου Ν., 2004. Πως επηρεάζει η κάθε εποχή την διάθεση μας. Available at: <http://www.minou.gr> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]

Μωραΐτου Μ., (2004). Η εκδήλωση της κατάθλιψης στις γυναίκες κατά την αναπαραγωγική περίοδο. Focus, 8(8), 26-29

Νέα υγεία. 2009. Κατάθλιψη. Available at: <http://www.neaygeia.gr> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]

Οικονόμου-Λαλιώτη Μ., 2011. Διπολική διαταραχή. Available at: <http://www.enet.gr> [Πρόσβαση 22 Ιανουαρίου 2012]

Παπατζανάκη Ε., 2006. Ατομική ψυχοθεραπεία. Available at: <http://www.exelixi-psychotherapy.gr> [Πρόσβαση 6 Φεβρουαρίου]

Ραγιά Α. 2001 Νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Αθήνα, Ιδιωτική έκδοση

Ρομφαία Ε.(2005). Οι τρεις βασικές αιτίες της κατάθλιψης. , Available at: <http://e-psychology.gr> [Πρόσβαση: 24 Νοεμβρίου 2011]

Σκαπινάκης Π., (2003). Διάγνωση κατάθλιψης στους ηλικιωμένους. Available at: <http://web4health.info> [Πρόσβαση: 5 Φεβρουαρίου 2012]

Σκαπινάκης Π., (2003). Συμπτώματα της κατάθλιψης. Available at: <http://web4health.info> [Πρόσβαση: 17 Νοεμβρίου 2011]

ΤΑ ΝΕΑ Online, (2012). Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης στο σώμα. Available at: <http://ygeia.tanea.rg> [Πρόσβαση: 27 Ιανουαρίου 2012]

Χαρίλα Τ., 2012. Ατομική ψυχοθεραπεία. Available at: <http://www.kepsy.gr> [Πρόσβαση 27 Ιανουαρίου 2012]