



Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

(Α.Μ:)



Φοιτήτρια: Σοφία Συμπέλ Ντουραλή

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μαίρη Γκούβα

Καθηγήτρια Ψυχολογίας

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2025

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT.....	8
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	9
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	11
ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	12
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ.....	14
Κεφάλαιο 1 ^ο	
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	14
Κεφάλαιο 2 ^ο	
ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ.....	15
2.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	15
2.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	16
2.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....	16
Κεφάλαιο 3 ^ο	
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	17
Κεφάλαιο 4 ^ο	
ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	19
4.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	19
4.1.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ.....	19
4.1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ.....	20
4.1.3. ΑΙΤΙΑ ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	21
4.1.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	21

4.2 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	22
4.2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	23
4.2.2 ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ.....	24
4.3 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	25
4.3.1 ΑΙΤΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	26
4.3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	26
4.3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	27
4.4 ΕΠΟΧΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	28
4.5 ΔΥΣΘΥΜΙΑ.....	29
4.5.1 ΑΙΤΙΑ ΔΥΣΘΥΜΙΑΣ.....	29
4.6 ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	30
4.7 ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ.....	30
Κεφάλαιο 5 ^ο	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ.....	31
5.1 ΒΡΕΦΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	31
5.2 ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	32
5.2.1 ΑΙΤΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	33
5.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ.....	34
Κεφάλαιο 6 ^ο	
ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	35
6.1 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ.....	35
6.2 ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ.....	37

Κεφάλαιο 7^ο

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	39
7.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	39
7.2 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	39

Κεφάλαιο 8^ο

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ.....	42
8.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ: ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ.....	42
8.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ.....	42
8.3 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	44
8.4 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ.....	44
8.4.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	44
8.4.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	45
8.4.3 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	46
8.4.4 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	46
8.4.5 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	47
8.4.6 ΓΝΩΣΤΙΚΗ-ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	47
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ.....	48

Κεφάλαιο 1^ο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ.....	48
1.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	48
1.2 Ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ.....	50
1.2.1 Η ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ- ΑΣΘΕΝΗ.....	50
1.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	51

1.4 ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	52
1.4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ.....	53
1.4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	53
1.4.3 ΣΧΕΔΙΟ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....	54
1.4.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ.....	55
1.4.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ.....	57
ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ.....	59
ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	59
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	65

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Υπόβαθρο: Η κατάθλιψη είναι μια ψυχική νόσος που σαν κύρια χαρακτηριστικά έχει την κακή διάθεση, τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και την απουσία ενδιαφέροντος-ευχαρίστησης σε δραστηριότητες που φυσιολογικά είναι ευχάριστες. Συχνά, ο όρος κατάθλιψη χρησιμοποιείται για να περιγράψει κάθε είδους διαταραχή της διάθεσης. Η διάγνωση βασίζεται τόσο σε εμπειρίες του ίδιου του ασθενούς, όσο και σε συμπεριφορές του όπως καταγράφονται από συγγενείς και φίλους του, καθώς επίσης και σε κάποια εξέταση ψυχικής κατάστασης. Δεν υπάρχει κάποια εργαστηριακή εξέταση για τη διάγνωση της κατάθλιψης. Συνήθως εμφανίζεται σε ηλικία 20-30 ετών και κορυφώνεται στα 30-40 έτη.

Σκοπός: Η εργασία στοχεύει στο να μελετήσουμε επαρκείς πληροφορίες όσον αφορά τα συμπτώματα της κατάθλιψης, να ερευνηθούν οι τρόποι διάγνωσης της και να εξεταστούν οι μέθοδοι θεραπείας της. Θα επικεντρωθούμε κυρίως στο ρόλο του νοσηλευτή στην κατάθλιψη. Η θεραπευτική του παρέμβαση είναι απαραίτητη για την γρήγορη αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, την αντιμετώπιση των προβλημάτων του, την ανεξαρτησία του και την ομαλή κοινωνική επανένταξη του.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στην ηλεκτρονική βάση δεδομένων Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία πενταετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Σήμερα, το κύριο ενδιαφέρον της φιλοσοφίας της νοσηλευτικής φροντίδας αφορά την υγεία και ευημερία του ασθενούς που λαμβάνει υπόψη της τις σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές ανάγκες του (Γιαννοπούλου, 1996). Η διάγνωση της κατάθλιψης είναι σημαντική, διότι είναι μια ασθένεια, που με την κατάλληλη θεραπεία μπορεί να αντιμετωπιστεί. Γίνονται αρκετές μελέτες, ώστε να

διευκρινιστούν με εγκυρότητα τα αίτια της ασθένειας και να προχωρήσουν σε νέες μεθόδους θεραπείας ακόμα και σε φαρμακευτικές αγωγές. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή πρέπει να προσαρμόζεται στις νέες μεθόδους και να λειτουργεί πάντα με το νοσηλευτικό πλάνο (Walker, et al., 2011).

Συμπεράσματα: Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι, η κατάθλιψη αποτελεί ένα πολύ σοβαρό και σημαντικό πρόβλημα των σύγχρονων κοινωνιών. Ευτυχώς, σήμερα υπάρχουν αποτελεσματικές αντικαταθλιπτικές θεραπείες. Η αντιμετώπιση της μπορεί να γίνει με διάφορους τρόπους και όσο περνάν τα χρόνια γίνονται έρευνες και για ακόμα πιο καινούριες θεραπείες. Οι πιο βασικές θεραπείες είναι, αυτή της ψυχοθεραπείας και της φαρμακοθεραπείας, καθώς και ο συνδυασμός αυτών των δύο είναι ακόμα πιο αποτελεσματικός. Βέβαια, σημαντικό ρόλο σε όλη αυτήν την θεραπεία έχει και ο νοσηλευτής. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι πρωταρχικός και ίσως καταλυτικός.

Λέξεις ευρετηρίου: Κατάθλιψη, ρόλος του νοσηλευτή, θεραπεία, φροντίδα, υγεία, ψυχοκοινωνικό προφίλ, Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

ABSTRACT

Background: Depression is a mental illness that is characterized by low mood, low self-esteem and lack of interest in activities that are normally pleasurable. Often, the term depression is used to describe any type of mood disorder. The diagnosis is based on both the patient's own experiences and his or her behaviors as recorded by relatives and friends, as well as a mental health test. There is no laboratory test to diagnose depression. It usually appears at the age of 20-30 years, peaking at 30-40 years.

Purpose: The aim of this project is to investigate adequate information regarding the symptoms of depression, to investigate the ways in which it is diagnosed, and to examine its treatment methods. We will focus mainly on the role of the nurse in depression. Their therapeutic intervention is necessary for the rapid recovery of the patients' health, the treatment of their problems, their independence and their smooth social reintegration.

Material and method: A review of the international bibliography was carried out in the Google Scholar online database. The study material consisted of selected articles published mainly in the last five years in English and Greek.

Results: Today, the main interest of the philosophy of nursing care concerns the health and well-being of the patients, which takes into account their physical, mental and social needs (Giannopoulou, 1996). The diagnosis of depression is important because it is a disease that can be treated with appropriate treatment. Several studies are being conducted to validate the causes of the disease and to move on to new methods of treatment and even medication. Therefore, the role of the nurse must be adapted to the new methods and always operate with the nursing plan (Walker, et al., 2011).

Conclusions: A review of the bibliography shows that depression is a very serious and important problem in modern societies. Fortunately, today there are effective antidepressants. It can be treated in various ways and as the years go by, research is

done for even newer treatments. The most basic treatments are that of psychotherapy and pharmacotherapy, and the combination of the two is even more effective. Of course, the nurse also plays an important role in this whole treatment. The role of the nurse is primary and perhaps catalytic.

Key words: Depression, the role of the nurse, treatment, care, health, psychosocial profile, Primary Health Care

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κατάθλιψη ως κλινική διάγνωση είναι μοντέρνα έννοια που αντικατέστησε τον όρο της μελαγχολίας μόλις στα μέσα του 20ου αιώνα. Οι πρώτες αναφορές απαντώνται στην αρχαία Ελλάδα. Ο Ιπποκράτης, αναφέροντας τους όρους μελαγχολία και μανία απέδιδε την κατάθλιψη σε βιολογικές μεταβολές. Ο όρος μανία αντιστοιχούσε στις λειτουργικές ψυχώσεις, ενώ ο όρος μελαγχολία στις χρόνιες ψυχικές διαταραχές και όχι στη νοσολογική έννοια της κατάθλιψης, όπως έχει διαμορφωθεί έως σήμερα. Η ονομασία «Κατάθλιψη» δόθηκε για πρώτη φορά το 1660 μ.Χ., ενώ η ευρεία χρήση του όρου «Κατάθλιψη» επικράτησε τον 19ο αιώνα μ.Χ (Χριστοδούλου, 2005).

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, ο όρος κατάθλιψη έχει απασχολήσει αρκετά τους επιστήμονες υγείας, αφού όλο και περισσότερες μελέτες αναφέρονται και ασχολούνται με την εμφάνιση της νόσου, καθώς και με την αύξηση της τις τελευταίες δεκαετίες. Επιστήμονες είχαν εκτιμήσει ότι μέχρι το 2020, η κατάθλιψη θα συνιστά την δεύτερη συχνότερη σοβαρή ασθένεια παγκοσμίως μετά το AIDS. Οι

εκτιμήσεις των επιστημόνων, δυστυχώς έχουν βγει σωστές, καθώς στις μέρες μας η κατάθλιψη αποτελεί την συχνότερη ψυχική ασθένεια. Η οικονομική κρίση που βιώσαμε και ίσως βιώνουμε ακόμα, έχει αποτελέσει αξιοσημείωτο σημείο στην αύξηση της κατάθλιψης τα τελευταία χρόνια. Οι άνθρωποι υφίστανται οικονομικά πλήγματα, που οδηγούν σε ψυχικές διαταραχές, φτάνουν ως την κατάθλιψη και τελικά οδηγούν στην αυτοκτονία. Είναι σημαντικό να αναφερθεί, ότι ο αριθμός των αυτοκτονιών στη χώρα μας τα τελευταία χρόνια έχει πολλαπλασιαστεί και πάντα πίσω από αυτές κρύβεται η απόγνωση και η κατάθλιψη.

Ύστερα από αυτές τις έρευνες και απ' αυτά τα γεγονότα, αποφάσισα να επιλέξω το θέμα της κατάθλιψης ως θέμα της πτυχιακής μου, με σκοπό να αποκτήσω περισσότερες γνώσεις επάνω σε αυτό το θέμα και να καταβάλω τα απαραίτητα εφόδια, ώστε να ασχοληθώ αργότερα σε επαγγελματικό επίπεδο. Το κομμάτι της αντιμετώπισης της κατάθλιψης είναι ιδιαίτερα σημαντικό τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό και εθνικό επίπεδο.

Συνοψίζοντας, θα ήθελα να ευχαριστήσω την καθηγήτρια μου κ.Γκούβα Μαίρη για την βοήθεια και για τις ιδέες που μου έδωσε, ώστε να ολοκληρώσω την εργασία μου.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας είναι ένας ειδικός κλάδος της Νοσηλευτικής. Η Νοσηλευτική της ψυχικής υγείας είναι η παρεχόμενη φροντίδα στα άτομα που έχουν ψυχική ασθένεια, με σκοπό την ανεξαρτησία και την επαναφορά της αξιοπρέπειας τους (Γιαννοπούλου, 1996).

Η κατάθλιψη, ωστόσο, είναι η πιο γνωστή ψυχική διαταραχή. Όλοι οι άνθρωποι έχουμε στο κοντινό μας περιβάλλον, κάποιον που έχει προσβληθεί έστω και μια φορά από κατάθλιψη ή υποφέρει συχνά από αυτή, με την κατάθλιψη να επανέρχεται σε διαστήματα σχεδόν τακτικά μαζί με το δυσβάσταχτο αίσθημα θλίψης που το συνοδεύει (Pignare, 2007).

Ως κατάθλιψη ορίζεται η δυσάρεστη συναισθηματική διάθεση του ατόμου που παρουσιάζεται με μια κατάσταση παθολογικής θλίψης κατά την οποία συντελείται επιβράδυνση των νοητικών, ψυχοκινητικών και οργανικών διαδικασιών. Είναι ένα σύνολο συμπτωμάτων που δεν συναντώνται σε άλλη νόσο. Οι ειδικοί, το σύνολο αυτών των συμπτωμάτων το χαρακτηρίζουν ως κατάθλιψη (Παπαγεωργίου, 2012). Η συγκεκριμένη νόσος αποτελεί ψυχική διαταραχή που ανήκει στην ομάδα των διαταραχών διάθεσης. Έχουν παρατηρηθεί πολλά ίδια στοιχεία της φυσιολογικής θλίψης με την κλινική κατάθλιψη με αποτέλεσμα πολλοί άνθρωποι να τις θεωρούν όμοιες τις δύο έννοιες.

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

ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η κατάθλιψη είναι μια πάθηση που συνοδεύει τον άνθρωπο από την αρχή της ιστορίας του. Στις αρχές των ιστορικών χρόνων, θεωρούταν ότι οφειλόταν σε υπερφυσικές δυνάμεις. Υποστήριζαν ότι τους ψυχικά ασθενείς τους έχει καταληφθεί κάποιος δαίμονας ή θεία δύναμη (Eby, et al., 2010). Ο Ιπποκράτης πίστευε ότι η διάθεση εξαρτάται από την ισορροπία τεσσάρων υγρών του σώματος, δηλαδή, του αίματος, της φλεγμονής, της κίτρινης χολής και της μαύρης χολής. Υποστήριζε μάλιστα, ότι η μελαγχολία, δηλαδή η κατάθλιψη, προκαλούνταν από περίσσεια μαύρης χολής (Eby, et al., 2010). Ο όρος μελαγχολία χρησιμοποιούνταν για μεγάλο χρονικό διάστημα, η λέξη κατάθλιψη που είναι σημερινός όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στα αγγλικά (depression).

Από την άλλη, κατά τον Μεσαίωνα και την Αναγέννηση, υπήρχε η αντίληψη ότι οι άνθρωποι με ψυχική νόσο είχαν επηρεαστεί από τη σελήνη. Οι ψυχικά ασθενείς θεωρούνταν δαίμονες, μάγισσες ή αιρετικοί. Ο φόβος απέναντι σε αυτούς τους ανθρώπους, τους επέβαλλε να κλείνονται σε ιδρύματα όπου τους φέρονταν ως εγκληματίες και τιμωρούνταν για τη συμπεριφορά τους. Τους αντιμετώπιζαν με απάνθρωπες διαδικασίες, όπως ξυλοδαρμούς, τους έδεναν και δεν τους παρέχονταν επαρκής σίτιση και ένδυση, το οποίο συνεχίστηκε και τον 18^ο αιώνα (Kana, et al., 2010).

Κατά τη διάρκεια, λοιπόν, του 18^{ου} αιώνα συνεχίστηκε ο εγκλεισμός των ψυχικά ασθενών στις φυλακές. Αυτό διήρκεσε μέχρι και τη δεκαετία του 1790. Αργότερα, ο Γάλλος γιατρός Philippe Pinel, εφάρμοσε μια προσέγγιση ψυχολογικής θεραπείας και μέσα απ' αυτήν απελευθέρωσε τους ψυχικά ασθενείς από τις αλυσίδες τους, κάλυψε βασικές ανάγκες, όπως τροφή και ένδυση και τέλος, προσπάθησε να κατανοήσει το παθολογικό τρόπο σκέψης σε άτομα με ψυχικά νοσήματα (Eby, et al., 2010).

Επίσης, άλλη μια σημαντική υποστήριξη για τους ψυχικά ασθενείς ήταν η δασκάλα Dorothea Dix, η οποία στις αρχές του 19^{ου} αιώνα προσφέρθηκε εθελοντικά να διδάξει κατηχητικό στις φυλακές του Ανατολικού Κέιμπριτζ στη Μασαχουσέτη (Pignarre,2007). Τα αποτελέσματα από την προσφορά της Dorothea Dix, ήταν η κατάργηση της <<ηρεμιστικής καρέκλας>> και το κλουβί <<the crib>> και να εξασφαλιστούν εξειδικευμένες εγκαταστάσεις για την θεραπεία των ασθενών. Η ίδρυση νοσοκομείων σε ΗΠΑ, Καναδά, Σκωτία και Ιαπωνία ήταν πια γεγονός. Στόχος ήταν η <<ιατρικοποίηση της φροντίδας των φρενοβλαβών>>. Επιπλέον, μια σημαντική επισήμανση είναι ότι, το 1882 απαγορεύτηκε ο όρος τρόφιμοι και φροντιστές και αποκαταστάθηκε από τους όρους ασθενείς και νοσηλευτές (Pignarre,2007).

Η νοσηλευτική ψυχική υγεία σημείωσε πρόοδο τον 20^ο αιώνα. Ήταν η πρώτη φορά που μπήκαν προγράμματα νοσηλευτικής εκπαίδευσης. Οι σωματικές θεραπείες (βαθύς ύπνος (κώμα), σοκ ινσουλίνης και ηλεκτροσπασμοθεραπεία) έγιναν γνωστές στη δεκαετία του 1930 (Flach, 2008). Ωστόσο, η επανάσταση στη ψυχιατρική φροντίδα έγινε την δεκαετία του 1950 με την ανακάλυψη των ψυχοτρόπων φαρμάκων. Για πρώτη φορά υπήρχε αποτελεσματική θεραπεία για την ψύχωση. Επιπλέον, άλλη μια επαναστατική μέθοδος της ίδιας δεκαετίας ήταν η αποασυλοποίηση, γεγονός όμως ήταν ότι τα αποτελέσματα του πειράματος αυτού απέτυχαν σε μεγάλο βαθμό. Ο λόγος ήταν ότι οι ψυχικά άρρωστοι άνθρωποι εξακολουθούσαν να πάσχουν από το στίγμα της ψυχικής νόσου (Eby, et al., 2010).

Τέλος, η δεκαετία του 1990 ανακηρύχθηκε ως <<δεκαετία του εγκεφάλου>> και όχι άδικα. Οι νέες διαγνωστικές δοκιμασίες και τα νέα φάρμακα για τα ψυχικά νοσήματα ήταν τα πιο αποτελεσματικά εργαλεία για την αντιμετώπιση των ψυχικών νοσημάτων και μέχρι σήμερα γνωρίζουμε πολύ περισσότερα σχετικά με τα αίτια και τις θεραπείες τους (Kana,et al., 2010).

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1^ο

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ

Η κατάθλιψη είναι η πιο γνωστή ψυχική διαταραχή. Όλοι οι άνθρωποι έχουμε στο κοντινό μας περιβάλλον, κάποιον που έχει προσβληθεί έστω και μια φορά από κατάθλιψη ή υποφέρει συχνά από αυτή, με την κατάθλιψη να επανέρχεται σε διαστήματα σχεδόν τακτικά μαζί με το δυσβάσταχτο αίσθημα θλίψης που το συνοδεύει (Medlook, 2010).

Ένα στα δέκα άτομα θα νοσήσει από κατάθλιψη κάποια στιγμή στη διάρκεια της ζωής του. Από επιδημιολογικές έρευνες υπολογίζεται ότι το 6% περίπου του γενικού πληθυσμού πάσχει από κλινικά διαπιστωμένη κατάθλιψη, δηλαδή περισσότεροι από 350 εκατομμύρια άνθρωποι σ' όλον τον κόσμο και 550 χιλιάδες στη χώρα μας (Friedrich, 2017). Σύμφωνα με τα στοιχεία που έχει επεξεργαστεί ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας σε συνεργασία με την Παγκόσμια Τράπεζα του ΟΗΕ, με βάση το δείκτη βαρύτητας που μετρά τη συνολική επιβάρυνση στην προσωπική επαγγελματική & κοινωνική ζωή, πέντε από τις δέκα αρρώστιες με τον υψηλότερο δείκτη είναι ψυχικές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η κατάθλιψη κατέχει την 4^η θέση παγκοσμίως από πλευράς απώλειας ζωής, αναπηρίας και κοινωνικής δυσλειτουργίας ενώ προβλέπεται πως ακόμα και σήμερα μπορεί να καταλάβει την 1η θέση, στις Δυτικές κοινωνίες (Katon, et al., 2009).

Κεφάλαιο 2°

ΑΙΤΙΟΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ

Η κατάθλιψη οφείλεται τόσο σε γενετικά αίτια όσο και σε ψυχοκοινωνικά αίτια. Το κάθε αίτιο συμβάλλει ως ένα βαθμό, αλλά δεν εξηγεί από μόνο του την νόσο. Καθώς πολλαπλοί παράγοντες προκαλούν και επηρεάζουν τη συγκεκριμένη ψυχική διαταραχή (Eby, et al., 2010).

Παράγοντες που συμβάλλουν στην κατάθλιψη είναι:

2.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Υπάρχει μεγάλος κίνδυνος να εμφανίσει ένας άνθρωπος κατάθλιψη, αν υπάρχει συγγενικό πρόσωπο που νοσεί από την συγκεκριμένη διαταραχή, συγκεκριμένα από σοβαρές ή χρόνιες διαταραχές σε αυτή την περίπτωση το ποσοστό είναι αυξημένο. Ένα μέρος του αυξημένου αυτού κινδύνου, θεωρείται ότι οφείλεται σε γενετικούς παράγοντες που κληρονομούνται (Anapolis, 2012). Η γενετική επίδραση στην κατάθλιψη είναι σημαντική, διάφορα γονίδια εμπλέκονται στην μεταβίβαση χαρακτηριστικών, χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, βιολογικών χαρακτηριστικών που αυξάνουν την προδιάθεση του ατόμου να εμφανίσει κατάθλιψη. Με λίγα λόγια, ένα άτομο που έχει κληρονομήσει αυτά τα χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες (βιολογικοί, ψυχολογικοί, κοινωνικοί) είναι πιθανότερο να εμφανίσει κατάθλιψη από ένα άλλο άτομο (Medlook, 2010).

2.2 ΒΙΟΛΟΓΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Είναι οι παράγοντες που οφείλονται στη χημεία του εγκεφάλου. Οι άνθρωποι που πάσχουν από κατάθλιψη παρουσιάζουν ανισορροπίες στους νευροδιαβιβαστές, οι οποίοι είναι βιοχημικές ουσίες με τις οποίες επικοινωνούν τα νευρικά κύτταρα μεταξύ τους. Παρατηρήθηκε, μάλιστα, άτομα που έπαιρναν φάρμακα για την υψηλή αρτηριακή πίεση εμφάνιζαν σαν παρενέργεια κατάθλιψη. Τα φάρμακα αυτά δρούσαν στους νευροδιαβιβαστές του εγκεφάλου και με αυτόν τον τρόπο μείωναν τις συγκεντρώσεις στον εγκέφαλο (Anapolis, 2012).

Η νοραδρεναλίνη και η σεροτονίνη, εμπλέκονται ιδιαίτερα στην δημιουργία της κατάθλιψης. Η ανεπάρκεια στη σεροτονίνη μπορεί να ευθύνεται για διαταραχές στον ύπνο, ευερεθιστικότητα και άγχος, ενώ η μειωμένη ποσότητα της νοραδρεναλίνης μπορεί να συνδέεται με αισθήματα κόπωσης και εξάντλησης (Κοκκώλης, 2004).

2.3 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ

Είναι οι παράγοντες που δρουν νωρίς στην ζωή μας, δηλαδή, ένα σημαντικό γεγονός που έχει στιγματίσει ένα παιδί. Ένα τέτοιο γεγονός, μπορεί να είναι μια σημαντική απώλεια γονιού, φίλου, ένας χωρισμός γονιών, κακοποίηση παιδιού. Αυτοί οι παράγοντες έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εμφανίσουν σε ένα παιδί κατάθλιψη στη μετέπειτα ζωή του σαν ενήλικα (Ruff, 2019). Άλλοι παράγοντες που παίζουν ρόλο στην εμφάνιση κατάθλιψης είναι οι κοινωνικοί παράγοντες όπως η οικονομική ύφεση ή οι συνθήκες διαμονής, είτε ακόμη ψυχοκοινωνικοί παράγοντες όπως απώλεια εργασίας ή μετανάστευση (Anapolis, 2012). Κάποιοι απ' αυτούς τους παράγοντες φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης.

Κεφάλαιο 3°

ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα συμπτώματα της κατάθλιψης αλλάζουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Η βαρύτητα, η συχνότητα και η διάρκεια των συμπτωμάτων ποικίλουν ανάλογα με το άτομο και τη μορφή της ασθένειας του. Τα πιο σημαντικά από τα συναισθηματικά και νοητικά συμπτώματα είναι (Anapolis, 2012):

Καταθλιπτική διάθεση το μεγαλύτερο μέρος της ημέρας. Το άτομο που πάσχει από κατάθλιψη νιώθει μια ανεξήγητη θλίψη και απώλεια ενδιαφέροντος, καθώς και ευχαρίστησης. Ξεσπάει σε κλάματα και νιώθει ευάλωτο, πολλές φορές χωρίς ουσιώδες λόγο και αιτία. Νιώθει ότι δεν μπορεί να τον κατανοήσει κανείς και έτσι κλείνεται στον εαυτό του, στεναχωριέται και εμφανίζει μια οξύθυμη συμπεριφορά (Ράγια, 2001).

Η έλλειψη ενδιαφέροντος του ασθενούς γίνεται κατανοητή από τις καθημερινές δραστηριότητες που κάποτε του πρόσφεραν ευχαρίστηση, τα καταθλιπτικά άτομα απουσιάζουν συχνά από την δουλειά τους κινδυνεύοντας να απολυθούν ή έχουν μειωμένη αποτελεσματικότητα και παραγωγικότητα. Επιπλέον, πολλές φορές είναι αδύνατον να ανταπεξέλθουν στις οικογενειακές υποχρεώσεις, δεν έχουν διάθεση για τις δουλειές του σπιτιού, να φροντίσουν τα αγαπημένα τους πρόσωπα και έχουν απώλεια ερωτικής επιθυμίας (Eby, et al., 2010). Το καταθλιπτικό άτομο έχει δυσχέρεια διατήρησης ειρμού σκέψης και δυσκολία στη συγκέντρωση, στη λήψη αποφάσεων και στη μνήμη. Κάνει απαισιόδοξες και αρνητικές σκέψεις. Έχει επανειλημμένες σκέψεις θανάτου ή αυτοκτονίας (αυτοκτονικός ιδεασμός)(Λεβεντάκη, 2020). Έχει αίσθημα κατωτερότητας, συναίσθημα ενοχής, καθώς και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Netdoctor, 2016).

Τα πιο σημαντικά σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης είναι τα ακόλουθα (latronet, 2014):

Το άτομο αισθάνεται συχνά πόνο στο θώρακα και στις αρθρώσεις, τέτοιο πόνος συνοδεύουν συχνά την κατάθλιψη ενώ αν υπήρχαν ήδη γίνονται εντονότεροι οι πόνοι στο καταθλιπτικό άτομο. Προβλήματα ύπνου και κόπωση είναι συνήθης σε άτομα που πάσχουν από κατάθλιψη, ωστόσο ορισμένοι μπορεί να κοιμούνται πολύ. Το άτομο ενοχλείται από σχεδόν καθημερινούς πονοκεφάλους και ζαλάδες. Η κατάθλιψη μπορεί να προσβάλει και το πεπτικό σύστημα, προκαλώντας συμπτώματα ναυτίας, δυσπεψίας, διάρροιας ή δυσκοιλιότητας.

Ορισμένοι άνθρωποι χάνουν την όρεξή τους όταν αισθάνονται θλίψη. Άλλοι δεν μπορούν να σταματήσουν να τρώνε. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι **αύξηση ή απώλεια βάρους** και στη δεύτερη περίπτωση έλλειψη ενέργειας. Η κατάθλιψη έχει συνδεθεί με διατροφικές διαταραχές. Στις γυναίκες η σχέση μεταξύ κατάθλιψης και ανορεξίας ή βουλιμίας είναι ισχυρή (latronet, 2014). Επιπλέον, κατάθλιψη αυξάνει τον κίνδυνο κατάχρησης αλκοόλ ή ουσιών, που επίσης συμβάλλουν σε ευερεθιστότητα και ανησυχία. Τέλος, η σοβαρή κατάθλιψη κυρίως, μπορεί να έχει επίδραση και στη σεξουαλική ζωή.

Από την άλλη, στην παιδική ηλικία, τα συμπτώματα που εμφανίζονται είναι η σχολική αποτυχία με δυσκολία συγκέντρωσης της προσοχής, ευερεθιστότητα, δυσκολία στις κοινωνικές σχέσεις και αδυναμία να αντέξουν ακόμα και μικρές ματαιώσεις, καθώς και ενούρηση, ονυχοφαγία και κοιλιακά άλγη. Στην εφηβική ηλικία, παρουσιάζεται επανάσταση, αντίδραση, ευερεθιστότητα και αντικοινωνική συμπεριφορά (latronet, 2008). Τέλος, στα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζονται σωματικά ενοχλήματα, όπως κεφαλαλγία, κοιλιακές ενοχλήσεις, εύκολη κόπωση, ζάλη και αυπνία (Eby, et al., 2010).

Κεφάλαιο 4°

ΤΥΠΟΙ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Οι τύποι κατάθλιψης διακρίνονται στους εξής: η μείζων καταθλιπτική διαταραχή, η διπολική διαταραχή (μανιοκαταθλιπτική διαταραχή), η επιλόχεια κατάθλιψη που αφορά τις εγκύους, η εποχική κατάθλιψη, η δυσθυμία, η ψυχωτική διαταραχή και η κυκλοθυμική διαταραχή, καθώς και ως προς το φύλο και την ηλικία διακρίνουμε την βρεφική, την παιδική, την εφηβική και την κατάθλιψη των ηλικιωμένων ατόμων (Κούκια, 2018).

4.1 ΜΕΙΖΩΝ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η μορφή αυτής της κατάθλιψης, είναι και η πιο συνηθισμένη μορφή και την συναντάμε με διάφορους όρους (κλινική κατάθλιψη, μείζων κατάθλιψη, μονοπολική διαταραχή ή απλώς κατάθλιψη). Είναι μία κοινή διαταραχή της διάθεσης, στην οποία η καθημερινότητα ενός ατόμου διαταράσσεται από την έντονη θλίψη, μελαγχολία ή απελπισία (Αγγελόπουλος, 2019). Η μείζων καταθλιπτική διαταραχή επηρεάζει το 7-18% του πληθυσμού σε κάποιο σημείο της ζωής τους πριν από την ηλικία των 40.

4.1.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Ένα άτομο που πάσχει από ένα επεισόδιο μείζονος κατάθλιψης σχεδόν πάντα αναφέρει μια έντονη πεσμένη διάθεση, ειδικά σε δραστηριότητες που τον ευχαριστούσαν στο παρελθόν. Μπορεί να συλλογίζονται ή να απασχολούνται με αισθήματα αναξιότητας, έντονων τύψεων , αίσθημα απελπισίας. Η αϋπνία είναι κοινό σύμπτωμα, συνήθως ο ασθενής ξυπνάει πολύ νωρίς το πρωί και είναι αδύνατον

να ξανά κοιμηθεί. Η υπερυπνία ωστόσο είναι λιγότερο συνηθισμένη. Η όρεξη για φαγητό συνήθως μειώνετε με συνέπεια ο ασθενής να χάνει βάρος, ωστόσο η αύξηση της ορέξεως και η αύξηση βάρους έχει παρατηρηθεί σε αρκετές περιπτώσεις (Hogan, 2008). Ο ασθενής μπορεί να βιώσει σωματικά συμπτώματα όπως, κούραση, πονοκέφαλο, προβλήματα χώνεψης, έντονο και χρόνιο πόνο σε κάποιο σημείο του σώματος ή μπορεί να βιώσει το συναίσθημα της νοητικής επιβράδυνσης (Overland, 2020).

4.1.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ

Η βαρύτητα της νόσου κυμαίνεται από ήπια έως σοβαρή. Γι' αυτό το λόγο υπάρχουν διαφορετικοί τύποι μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής (Ιεροδιακόνου, 2010):

- **Κατάθλιψη με μελαγχολικά χαρακτηριστικά:** Η μελαγχολία χαρακτηρίζεται από απώλεια της απόλαυσης σε όλες ή στις περισσότερες δραστηριότητες, είναι ένα είδος κατάθλιψης πιο ισχυρό από αυτό που επικρατεί στην θλίψη, την δυστυχία ή την στενοχώρια. Τα συμπτώματα χειροτερεύουν τις πρωινές ώρες, ο ασθενής ξυπνάει τις πρωινές ώρες ακόμη και αν έχει κοιμηθεί λίγο, επίσης υπάρχει ψυχοκινητική επιβράδυνση, ανορεξία και έντονο αίσθημα ενοχής.
- **Κατάθλιψη με άτυπα χαρακτηριστικά:** Η άτυπη κατάθλιψη χαρακτηρίζεται από αντιδραστικότητα της διάθεσης και θετικότητα, αύξηση βάρους και αυξημένης όρεξης για φαγητό, υπνηλία ή υπερυπνία και έντονη κοινωνική φθορά ως συνέπεια της υπερευαισθησίας στην αντιλαμβανόμενη διαπροσωπική απόρριψη. Αντίθετα, με την ονομασία της η άτυπη κατάθλιψη είναι η πιο συχνή μορφή κατάθλιψης.
- **Κατάθλιψη με ψυχωτικά χαρακτηριστικά:** Μερικά άτομα με μείζονα επεισόδια κατάθλιψης ή μανίας μπορεί να εμφανίσουν ψυχωτική κατάθλιψη.

Αυτή η μορφή παρουσιάζεται με παραισθήσεις και αυταπάτες (Χαρτοκόλλης, 1991).

4.1.3 ΑΙΤΙΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα αίτια διακρίνονται σε:

1. Γενετικούς παράγοντες: Η τάση για κατάθλιψη μπορεί να είναι κληρονομική, υπάρχουν μερικές αποδείξεις ότι η κατάθλιψη μπορεί να κληρονομείται, αν και αυτή η θεωρία περιλαμβάνει βιολογικούς και περιβαλλοντολογικούς παράγοντες.
2. Νευρολογικούς παράγοντες: Πολλά αντικαταθλιπτικά φάρμακα μπορούν να αλλάξουν τα επίπεδα ορισμένων νευροδιαβιβαστών και πιο συγκεκριμένα στις χημικές ουσίες του εγκεφάλου όπως την σερετονίνη και την νορεπινεφρίνη.
3. Ιατρικές παθήσεις
4. Διαιτολογικοί παράγοντες
5. Ποιότητα ύπνου
6. Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες (Kneisl, et al., 2009).

4.1.4 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΜΕΙΖΟΝΟΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Η θεραπεία της μείζονος κατάθλιψης (Μάνος, 1997) γίνεται κυρίως με φάρμακα, όπως είναι τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, εκλεκτικοί αναστολείς της

επαναπρόσληψης της σεροτονίνης, αναστολείς της μονοαμινοοξειδάσης τα όποια χορηγούνται για μεγάλο χρονικό διάστημα και τακτικά. Θεραπεία επίσης μπορεί να γίνει και με ηλεκτροσπασμοθεραπεία. Η θεραπεία αυτή συνήθως χρησιμοποιείται σε βαριά μορφής κατάθλιψης σε άτομα με ψύχωση, με τάσεις αυτοκτονίας, καθώς και σε άτομα που αρνούνται να σιτιστούν ή να πιούν ακόμα.

4.2 ΔΙΠΟΛΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η διπολική διαταραχή, γνωστή και ως μανιοκατάθλιψη, είναι μια ψυχική νόσος που χαρακτηρίζεται από επεισόδια ανεβασμένης ή ευερέθιστης διάθεσης γνωστά ως μανία με εναλλασσόμενα επεισόδια κατάθλιψης (Wikipedia, 2014). Στις περιόδους των επεισοδίων μανίας, οι πάσχοντες εμφανίζονται συνήθως υπερβολικά χαρούμενοι ή ευερέθιστοι, με έντονη δραστηριότητα ή ανησυχία και ελαττωμένη ανάγκη για ύπνο κλπ.

Αντίθετα, κατά την διάρκεια των καταθλιπτικών επεισοδίων, παρουσιάζουν έντονη θλίψη, απελπισία, έλλειψη ενδιαφερόντων, διαταραχές του ύπνου και της πρόσληψης τροφής. Στα μεσοδιαστήματα των επεισοδίων οι ασθενείς μπορεί να έχουν φυσιολογική διάθεση. Οι εναλλαγές ή διακυμάνσεις της διάθεσης μπορεί να διαρκέσουν ώρες, μέρες, εβδομάδες ή μήνες. Οι εναλλαγές της διάθεσης είναι έντονες και παθολογικές με αποτέλεσμα να επηρεάζουν την φυσιολογική λειτουργικότητα του ατόμου ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις μπορεί να είναι και επικίνδυνα ακόμα και για την ίδια του τη ζωή (Anapolis, 2012).

Η διπολική διαταραχή μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία, συνήθως όμως εμφανίζεται προς τα τέλη της εφηβείας ή στις αρχές της ενήλικης ζωής. Εμφάνιση διπολικής διαταραχής σε άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 50 ετών, προκαλεί υποψίες για την ύπαρξη κάποιου οργανικού παράγοντα, δηλαδή κάποιου άλλου αιτίου, που

προκαλεί την νόσο, γεγονός που απαιτεί ιδιαίτερη ιατρική διερεύνηση (Μάνος, 1997).

4.2.1 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Τα συμπτώματα της μανιοκατάθλιψης, διακρίνονται σε δύο φάσεις, σε συμπτώματα της μανίας και σε συμπτώματα της κατάθλιψης.

Τα συμπτώματα της μανίας είναι τα εξής:

1. Υπερβολικό αίσθημα ευτυχίας που συνοδεύεται από άκρατη ενεργητικότητα.
2. Αίσθημα μεγάλης δύναμης και σπουδαιότητας.
3. Ευφορία, υπερβολική αισιοδοξία.
4. Αυξημένο αίσθημα αυτοεκτίμησης.
5. Ταχύτητα σκέψεων και ομιλίας σε σημείο που οι άλλοι δυσκολεύονται να ακολουθήσουν τη ροή των συλλογισμών του ασθενούς.
6. Απουσία ανάγκης για ξεκούραση και ύπνο.
7. Ευερεθιστικότητα, επιθετικότητα και ευκολία θυμού.
8. Δυσκολίες συγκέντρωσης και προσοχής.
9. Υπερβολικές δαπάνες χρημάτων.
10. Κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών.
11. Σεξουαλικές δραστηριότητες, χωρίς προφυλάξεις με κίνδυνο προσβολής του πάσχοντος από μανιοκατάθλιψη, από ασθένειες που μεταδίδονται με τη σεξουαλική επαφή και ανεπιθύμητη εγκυμοσύνη (Medlook, 2010).

Αντίθετα, τα συμπτώματα της κατάθλιψης είναι:

1. Μεγάλη λύπη και καταπόνηση.
2. Νωθρότητα, ληθαργία.
3. Συνεχές αίσθημα κούρασης και εξάντλησης.
4. Δυσκολίες στους συλλογισμούς, στην προσοχή, στη συγκέντρωση, στη μνήμη και στη λήψη αποφάσεων.
5. Διαταραχές του ύπνου με αϋπνία ή αντίθετα πολλές ώρες ύπνου.
6. Απουσία ενδιαφέροντος για πράγματα που ο ασθενής αγαπούσε να κάνει πρωτίτερα.
7. Αισθήματα αχρηστίας, αναξιότητας, ενοχών.
8. Σκέψεις για θάνατο ή για αυτοκτονία.
9. Εύκολο κλάμα και χωρίς εμφανή λόγο.
10. Ευερεθιστικότητα, υπερκινητικότητα ή αντίθετα επιβράδυνση της λειτουργικότητας του πάσχοντος.
11. Πονοκέφαλοι, πόνοι στην πλάτη.
12. Ψυχοσωματικά προβλήματα στο πεπτικό σύστημα (Medlook, 2010).

4.2.2 ΤΥΠΟΙ ΔΙΠΟΛΙΚΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

Αναγνωρίζονται δύο τύποι διπολικής διαταραχής (Τύπος 1 και 2):

- Διπολική διαταραχή Τύπου 1: που είναι και ο πιο γνωστός τύπος. Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ενός και μόνο μανιακού επεισοδίου. Ο

ασθενής μπορεί να παρουσιάσει και καταθλιπτικά και υπομανιακά επεισόδια καθώς και ψυχωτικά συμπτώματα.

- Διπολική διαταραχή Τύπου 2: Ο λιγότερος γνωστός και καμιά φορά λανθασμένα θεωρημένος πιο "ελαφρύς" τύπος διπολικής διαταραχής. Χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη ενός τουλάχιστον υπομανιακού επεισοδίου (ελαφριά μανία χωρίς νοσηλεία ή πρόβλημα λειτουργίας) και κυρίως καταθλιπτικών επεισοδίων. Ο ασθενής συνήθως παρουσιάζει καταθλιπτικά επεισόδια και είναι πολύ εύκολο να γίνει λανθασμένη διάγνωση μονοπολικής κατάθλιψης (απλής κατάθλιψης) (Παπαγεωργίου, 2012).

4.3 ΕΠΙΛΟΧΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Είναι η κατάθλιψη που αναπτύσσεται μετά την γέννηση και κατά την περίοδο της λοχείας. Η περίοδος αυτή, θεωρείται υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη κατάθλιψης στις γυναίκες, λόγω των μεγάλων ορμονικών αλλαγών που γίνονται μετά τον τοκετό και κατά την περίοδο της λοχείας. Η επιλόχειος κατάθλιψη είναι μια συχνή μορφή ψυχικής διαταραχής που πλήττει τις γυναίκες την τρίτη ή τέταρτη ημέρα της λοχείας και που διαρκεί μερικές ημέρες, αλλά που μπορεί να πάρει και τη μορφή κανονικής κατάθλιψης, συνοδευόμενη από ψυχωσική συμπτωματολογία, στις σοβαρότερες περιπτώσεις. Περισσότερες από το 70% των μητέρων, μετά τη γέννα, εμφανίζουν ελαφρά συμπτώματα κατάθλιψης. Πρόκειται για μια συχνή αντίδραση, τα συμπτώματα της οποίας περιλαμβάνουν κρίσεις κλάματος, ευερεθιστότητα και ανησυχία, που τείνουν γενικά να εξαφανιστούν σε διάστημα λίγων ημερών (Δασκαλόπουλος, 2006). Μπορεί να καταστρέψει μόνιμα τη σχέση της μητέρας και του παιδιού, αλλά και τις άλλες οικογενειακές σχέσεις. Στη χειρότερη περίπτωση, η μητέρα μπορεί να εγκαταλείψει, να τραυματίσει ή ακόμα και να σκοτώσει το παιδί της.

4.3.1 ΑΙΤΙΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Έρευνες που έχουν γίνει αποδίδουν την επιλόχεια κατάθλιψη στις ορμονικές αλλαγές της γυναίκας μετά την γέννα, ειδικά στην πτώση των επιπέδων των οιστρογόνων και της προγεστερόνης. Στην πραγματικότητα υπάρχουν πολλοί ψυχολογικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επιλόχειας κατάθλιψης, συνδεδεμένοι με τις αλλαγές που ακολουθούν τη γέννα όπως, αλλαγή του κοινωνικού ρόλου της γυναίκας, ο φόβος για τις επερχόμενες ευθύνες, οι αλλαγές στη φυσική της εμφάνιση κ.ά. (Χριστοδούλου, 2005).

4.3.2 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

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

Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν:

- Νωθρότητα
- Κούραση
- Εξάντληση
- Απελπισία
- Ανορεξία
- Αϋπνία ή υπνηλία
- Σύγχυση
- Ευσυγκινησία
- Αδιαφορία για το μωρό

- Φόβος μήπως κάνει κακό στο μωρό ή στον εαυτό της (Anapolis, 2012).

4.3.3 ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΤΗΣ ΕΠΙΛΟΧΕΙΑΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η θεραπεία της επιλόχειας κατάθλιψης γίνεται με:

- 1) **Ψυχοθεραπεία:** Η ψυχοθεραπεία μπορεί να βοηθήσει μια γυναίκα να ξεπεράσει τη κατάθλιψη όμως ακόμα καλύτερο θα ήταν ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και της ψυχοθεραπείας. Σημαντικό ρόλο παίζει η οικογένεια η οποία με τη στήριξη της θα παρέχει μεγάλη βοήθεια στη νεαρή μητέρα (Δασκαλόπουλος, 2006).
- 2) **Αντικαταθλιπτικά:** Το πρόβλημα εδώ είναι ο συνδυασμός φαρμακευτικής αγωγής και θηλασμού. Αν η γυναίκα λαμβάνει κάποιο φάρμακο αυτό θα έχει ως συνέπεια να περάσει μέσω του θηλασμού και στο μητρικό γάλα άρα να επιβαρυνθεί και το βρέφος. Ωστόσο, ορισμένα αντικαταθλιπτικά μπορούν να δοθούν κατά τη διάρκεια του θηλασμού με μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης ανεπιθύμητων παρενεργειών για το βρέφος (Δασκαλόπουλος, 2006).
- 3) **Ορμόνες:** Η ορμονική θεραπεία μπορεί να βοηθήσει στην απότομη πτώση των οιστρογόνων και στη συνέχεια να μειωθούν και τα συμπτώματα που νιώθει η γυναίκα (Δασκαλόπουλος, 2006).

4.4 ΕΠΟΧΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η εποχική κατάθλιψη, δεν είναι μια διαφορετική κατάσταση από τη συνηθισμένη καταθλιπτική διαταραχή. Παρουσιάζει την ίδια ακριβώς συμπτωματολογία μόνο που παρατηρείται σ' ένα άτομο εποχικά, ακολουθώντας τον κύκλο των εποχών. Χαρακτηρίζεται από καταθλιπτικά συμπτώματα κατά τους χειμερινούς μήνες, όταν μειώνεται το φως της μέρας. Η κατάθλιψη συνήθως περνάει την άνοιξη και το καλοκαίρι (Walker, et al., 2011). Το άτομο τον χειμώνα 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).

Υπολογίζεται ότι από 10% έως 20% του πληθυσμού υποφέρουν από ήπιες μορφές της εποχιακής κατάθλιψης.

Στις γυναίκες η πάθηση είναι σημαντικά συχνότερη. Το 70% έως 80% των περιπτώσεων συμβαίνουν σε γυναίκες δηλαδή για κάθε 4 γυναίκες, μόνο ένας άνδρας πάσχει από την κατάθλιψη αυτή. Το πρώτο επεισόδιο εποχιακής κατάθλιψης συμβαίνει συνήθως στις ηλικίες μεταξύ 25 και 35 ετών. Μπορεί να παρατηρηθεί σε παιδιά και έφηβους αλλά σπάνια αρχίζει πριν από την ηλικία των 20 ετών (Medlook, 2011).

Σε περίπτωση που τα συμπτώματα είναι ήπια, τότε η αύξηση της έκθεσης στον ήλιο μπορεί να βελτιώνει την κατάσταση. Ένας μεγάλος περίπατος, η αύξηση των δραστηριοτήτων έξω σε ανοιχτούς χώρους είναι σε θέση να βοηθούν. Επίσης η σωματική άσκηση και οι τεχνικές διαχείρισης του στρες συμβάλλουν στη βελτίωση της ψυχικής κατάστασης του ασθενούς.

Σε περιπτώσεις που τα συμπτώματα είναι τόσο σοβαρά που επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την καθημερινή ζωή του ασθενούς, η φωτοθεραπεία είναι

αποδεκτή ως αποτελεσματική θεραπεία, όταν γίνεται κυρίως τις πρωινές ώρες. Επίσης ανακούφιση για τους ασθενείς μπορεί να επιτευχθεί με τη βοήθεια της ψυχοθεραπείας και σε μερικές περιπτώσεις με αντικαταθλιπτικά φάρμακα (Ruff, 2019).

4.5 ΔΥΣΘΥΜΙΑ

Δυσθυμία ονομάζεται η σχετικά ήπια μορφής κατάθλιψη, που τις περισσότερες φορές αναγνωρίζουμε στην καθημερινότητά μας, ως ένα συνδυασμό επίμονης μελαγχολίας και κακοκεφιάς. Η δυσθυμία είναι μια μορφή χρόνιας κατάθλιψης, η οποία είναι μεν μέτρια σε σοβαρότητα, αλλά επειδή εκτείνεται στον χρόνο, δημιουργεί στο άτομο μια αίσθηση ανεπάρκειας. Η κύρια διαφορά της από τη μείζονα κατάθλιψη έγκειται στον αριθμό και στη διάρκεια των συμπτωμάτων. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να είναι λιγότερο έντονα, μπορεί να μην εμφανίζονται καθημερινά, αλλά συναντώνται τις περισσότερες ημέρες κατά τη διάρκεια τουλάχιστον δύο ετών (Anapolis, 2012).

4.5.1 ΑΙΤΙΑ ΔΥΣΘΥΜΙΑΣ

Τα αίτια συνήθως είναι βιοχημικοί, περιβαλλοντικοί, γενετικοί παράγοντες οι οποίοι είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση δυσθυμικής διαταραχής. Επιπλέον, 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 (Langefeld, 2011).

Αυτό, βέβαια, εξαρτάται και από την συμπεριφορά του κάθε ανθρώπου και από τις διάφορες εμπειρίες που έχει από την ζωή του. Το άτομο που έχει δυσθυμική διαταραχή τείνει να τα βλέπει όλα αρνητικά γύρω του και να μην απολαμβάνει τις ωραίες στιγμές στη ζωή του και να υποτιμάει ότι θετικό του συμβαίνει. Δημιουργεί ένα περιβάλλον απογοήτευσης, μελαγχολίας και θλίψης (Langefeld, 2011).

4.6 ΨΥΧΩΤΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η ψυχωτική κατάθλιψη είναι από τις πιο σοβαρές και επικίνδυνες μορφές κατάθλιψης, είναι μια χρόνια, κυκλική κατάσταση. Σε ένα επεισόδιο ψυχωτικής κατάθλιψης ένα άτομο μπορεί να έχει παραισθήσεις και σπασμωδική συμπεριφορά. Μερικά άτομα με μείζων επεισόδια κατάθλιψης ή μανίας μπορεί να εμφανίσουν ψυχωτική κατάθλιψη (Anapolis, 2012).

Εμφανίζονται ψευδαισθήσεις, οι οποίες μπορεί να είναι οπτικές, απτικές, ακουστικές, οσφρητικές και γευστικές. Επίσης, ακούνε φωνές, χωρίς όμως να υπάρχουν άνθρωποι στο περιβάλλον. Αποκτούν ψευδείς πεποιθήσεις που δεν στηρίζονται σε κανένα πραγματικό γεγονός. Πιστεύουν απόλυτα ότι είναι ένοχοι για πράξεις του παρελθόντος και γι' αυτό αξίζει ακόμη και να πεθάνουν. Θεωρεί ότι κάποιος τον κατασκοπεύει, τον παρακολουθεί ή θέλει να τον σκοτώσει. Η θεραπεία της ψυχωτικής διαταραχής γίνεται με φαρμακευτική αγωγή και ψυχοθεραπεία. Ο συνδυασμός αυτών των δυο είναι ο πιο αποτελεσματικός (Anapolis, 2012).

4.7 ΚΥΚΛΟΘΥΜΙΚΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ

Η κυκλοθυμία, γνωστή και ως κυκλοθυμική διαταραχή, συσχετίζεται πολλές φορές με τη διπολική διαταραχή, αλλά αυτό δεν είναι πάντοτε σωστό. Η κυκλοθυμία είναι μία πιο ελαφριά μορφή της διπολικής διαταραχής. Η διαφορά τους βρίσκεται στην ένταση. Οι ασθενείς με διπολική διαταραχή θα βιώσουν σοβαρά καταθλιπτικά επεισόδια και κλινικά διαγνωσμένη μανία. Οι ασθενείς που πάσχουν από κυκλοθυμία, στα μάτια του υπόλοιπου κόσμου, μπορεί να φαίνεται πως απλά περνούν μια κακή περίοδο, και πως μετά τα πράγματα βελτιώνονται (Iatronet, 2016). Η συχνότητα της διαταραχής στο γενικό πληθυσμό υπολογίζεται μεταξύ 0,4% και 1%. Συνήθως αρχίζει νωρίς στην εφηβεία ή στην αρχή της ενήλικης ζωής και είναι εξίσου συχνή σε άντρες και σε γυναίκες. Ίσως αποτελεί μια ιδιοσυγκρασιακή προδιάθεση για άλλες διαταραχές και ειδικά διπολικές διαταραχές (Μενιδιάτου, 2012).

Εκτός από τις ξαφνικές αλλαγές στη διάθεση, υπάρχουν και άλλα κριτήρια που θα καθορίσουν μια διάγνωση κυκλοθυμικής διαταραχής. Συνήθως, βιώνουν αυτές τις αλλαγές στη διάθεση για τουλάχιστον 2 χρόνια, υπερβολικό στρες, οι περίοδοι χωρίς συμπτώματα, δεν διαρκούν περισσότερο από τρεις μήνες και τέλος, τα συμπτώματά δεν είναι αρκετά έντονα για να υποδηλώνουν κάποια άλλη μορφή διπολικής διαταραχής. Τις περισσότερες φορές η κυκλοθυμία αντιμετωπίζεται με ψυχοθεραπεία, διότι τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται συχνότερα για τη διπολική διαταραχή δεν είναι σίγουρο πως θα επιδράσουν σε έναν κυκλοθυμικό ασθενή (latronet, 2016).

Κεφάλαιο 5°

ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

5.1 ΒΡΕΦΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Είναι αποδεκτό από τον επιστημονικό χώρο, ότι ένα βρέφος μπορεί να βιώσει κατάθλιψη. Ακόμη και βρέφη μόλις 3 μηνών μπορεί να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης. Σύμφωνα με μια μελέτη του 2006, 1 στα 40 βρέφη θα βιώσουν κατάθλιψη (Psychopedia, 2017).

Μια αιτία εμφάνισης κατάθλιψης είναι το βρέφος να βιώσει την μητέρα ως απύουσα. Καθώς, η μητέρα είναι το βασικό πρόσωπο φροντίδας στην βρεφική ηλικία, η απουσία της μπορεί να τραυματίσει ψυχολογικά το βρέφος. Για παράδειγμα, εάν η μητέρα είναι συναισθηματικά μη διαθέσιμη, επειδή έχει κατάθλιψη, άγχος ή κάποια φυσική ασθένεια ή ακόμη λόγω άλλων παραγόντων, το βρέφος βιώνει την κατάσταση ως απουσία ή και ως απώλεια. Η βρεφική κατάθλιψη εκδηλώνεται με έλλειψη έκφρασης συναισθήματος, διαταραχές ύπνου και διατροφής. Επιπλέον, εμφανίζει αδυναμία διάθεσης για να φάει, να ακούσει και να μυρίσει (Kneisl, et al., 2009).

5.2 ΠΑΙΔΙΚΗ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

Η κατάθλιψη αποτελεί μείζον πρόβλημα στα παιδιά και τους εφήβους. Η παιδική και η εφηβική κατάθλιψη είναι μια σοβαρή ψυχική διαταραχή, που μπορεί να υποπέσει σε χρόνια κατάσταση, η οποία μπορεί να επηρεάσει τόσο τη ζωή του παιδιού όσο και τη ζωή των γονιών. Θεωρείται χρόνια πάθηση και μπορεί να προκαλέσει σοβαρά προβλήματα στην λειτουργικότητα του παιδιού. Τα παιδιά, ωστόσο, δυσκολεύονται να εκφράσουν τις σκέψεις τους και είναι δύσκολο να διαγνωσθεί ότι το παιδί έχει κατάθλιψη, γι' αυτό το λόγο εκφράζουν την κατάθλιψη με σωματικά ενοχλήματα (Ouzouni, 2008).

Η κλινική εικόνα στην παιδική και εφηβική κατάθλιψη παρουσιάζεται με θλίψη, απελπισία, κοινωνική απόσυρση και σκέψεις αυτοκτονίας. Υπάρχουν, όμως, αρκετές διαφορές ανάμεσα στην παιδική και στην εφηβική κατάθλιψη, διότι η κλινική εικόνα της κατάθλιψης αλλάζει ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού (latronet, 2008). Στην παιδική ηλικία έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα να εκφράσουν τα συναισθήματά τους, αν και δεν ομολογούν ότι έχουν κατάθλιψη. Πιο συχνά όμως αναφέρουν ότι αισθάνονται πλήξη, ότι βαριούνται και ότι δεν έχουν ενδιαφέρον να κάνουν πράγματα. Εμφανίζουν, μεταβολές στον ύπνο, μείωση σχολικής απόδοσης, έντονο εκνευρισμό και ευερεθιστότητα, αύξηση ή ελάττωση όρεξης, κεφαλαλγίες και πόνος στο στομάχι. Τέλος, το παιδί απομακρύνεται από τους φίλους του και από δραστηριότητες που του έδιναν χαρά και τις απολάμβανε (Καραγιάννη, 2015).

Στην εφηβική κατάθλιψη, ωστόσο, τα συμπτώματα μπορούν να οδηγήσουν τους νέους να φοράνε μαύρα ρούχα, να γράφουν ποιήματα με κύριο θέμα το θάνατο ή να ασχολούνται με μουσικά θέματα τα οποία έχουν και αυτά ως κύριο θέμα το θάνατο. Προβλήματα ύπνου μπορεί να συνδέονται με τη δυσκολία να ξυπνάνε το πρωί για το σχολείο ή να κοιμούνται κατά τη διάρκεια της ημέρας. Έλλειψη κινήτρων και ενέργειας έχουν ως συνέπεια να χάνουν σχολικά μαθήματα. Η κατάθλιψη στην

εφηβεία εμφανίζεται επίσης σε άτομα που πάσχουν από προβλήματα επικοινωνίας, υπαρξιακά προβλήματα ή προβλήματα διατροφής (Αναγνωστόπουλος, 2010).

5.2.1 ΑΙΤΙΑ ΠΑΙΔΙΚΗΣ ΚΑΙ ΕΦΗΒΙΚΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

1. **Κληρονομική βιολογική αιτία.** Όμως, δεν σημαίνει ότι κάθε παιδί με οικογενειακό ιστορικό θα εμφανίσει και κατάθλιψη.
2. **Βιοχημικοί παράγοντες.** Όπως εγκεφαλικές δυσλειτουργίες, αν και τα βιώματα του κάθε παιδιού μπορούν να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο, απώλειες σημαντικών ατόμων, οικονομικά προβλήματα, διαζύγιο γονιών, παιδική κακοποίηση.
3. **Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.** Όπως η χαμηλή αυτοεκτίμηση, η ανατροφή και οι προσδοκίες ανάλογα με το φύλο του παιδιού (Μενιδιάτου, 2012).

Η έγκαιρη διάγνωση είναι το σημαντικότερο βήμα προς την αντιμετώπιση της παιδικής και εφηβικής κατάθλιψης. Αν οι γονείς υποψιάζονται την ύπαρξη της, θα πρέπει να αναζητήσουν εξειδικευμένη βοήθεια. 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. Η φαρμακευτική αγωγή στα παιδιά δε συνίσταται παρά μόνο σε βαριές μορφές κατάθλιψης. Στους εφήβους τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα είναι αποτελεσματικά, ιδιαίτερα όταν συνδυάζονται με γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία (Eby, et al., 2010).

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

5.3 ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΩΝ ΑΤΟΜΩΝ

Η κατάθλιψη των ηλικιωμένων ατόμων δεν διαφέρει πολύ από εκείνη των ενηλίκων. Αλλά, η κατάθλιψη είναι συχνότερη στους ηλικιωμένους και μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ότι πρόκειται για κάποια άλλη ασθένεια, όπως άνοια ή ρευματικά νοσήματα. Η διάγνωση και θεραπεία της κατάθλιψης μπορεί να είναι σωτήρια για τη ζωή του ασθενούς (Hannigan, et al., 2010).

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να αναφέρουν ακαθόριστα σωματικά ενοχλήματα, όπως κεφαλαλγία και κοιλιακές ενοχλήσεις, παρά να παραπονεθούν ότι νιώθουν κατάθλιψη. Το ηλικιωμένο άτομο που πάσχει από κατάθλιψη παύει να ενδιαφέρεται για οτιδήποτε ευχάριστο, αισθάνεται απόγνωση, τρώει λίγο ή πολύ, έχει διαταραχές ύπνου, έχει συναισθήματα ενοχής, άγχος, υποτιμά τον εαυτό του ή έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, σκέπτεται αλλά και μιλάει σιγά και αργά και ακόμη δίνει την εντύπωση του αποσυρμένου από τη ζωή ανθρώπου. Για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης εφαρμόζονται ψυχοθεραπείες γνωστικού-συμπεριφορικού τύπου και χορηγείται κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή. Παράλληλα με την φαρμακευτική αγωγή, η ψυχοθεραπεία αποσκοπεί να αλλάξει τις παράλογες και αρνητικές σκέψεις που προκαλούνται από τα αρνητικά συμβάντα της ζωής και να αναπτύξει πιο αποτελεσματικούς τρόπους αντιμετώπισης (Κωσταρίδου, 1999).

Κεφάλαιο 6°

ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη επιφέρει αλλαγές σε σωματικό, αλλά και σε ψυχολογικό επίπεδο. Επηρεάζει το ίδιο το άτομο και τις σχέσεις του με το κοινωνικό περιβάλλον και εν γένει το κοινωνικό του γίνεσθαι. Οι επιπτώσεις της, ωστόσο, δεν περιορίζονται στο άτομο που πάσχει απ' αυτήν, αλλά εκτείνονται και στην οικογένεια και στο φιλικό περιβάλλον του ασθενούς. Η επιρροή αυτή, αν και έμμεση, είναι εξίσου σημαντική (Χριστοδούλου, 2005).

6.1 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ

Αν η κατάθλιψη δεν θεραπευτεί μπορεί να έχει σοβαρές και πολλές φορές μακροχρόνιες επιπτώσεις που επηρεάζουν κάθε πτυχή της ζωής του ασθενούς. Οι επιπτώσεις που μπορεί να επιφέρει στο άτομο είναι (Βάθης, 2017):

Εθισμός. Τα συμπτώματα της κατάθλιψης σπάνια φεύγουν χωρίς θεραπεία, στην πραγματικότητα τείνουν να γίνονται χειρότερα. Συχνά, για να ανακουφιστούν από τα συμπτώματα, οι άνθρωποι στρέφονται στην αυτοθεραπεία με εξαρτησιογόνες ουσίες. Η αλήθεια είναι ότι οι εξαρτησιογόνες ουσίες (ναρκωτικά, κάνναβη) και το αλκοόλ όχι μόνο χειροτερεύουν τα συμπτώματα, αλλά μπορεί επίσης να αυξάνουν τις πιθανότητες εθισμού σε αυτές. Ο συνδυασμός ουσιών και αλκοόλ με την κατάθλιψη είναι ένα επικίνδυνο μίγμα, το οποίο μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο για αυτοκτονία και να χειροτερεύσει την κατάθλιψη.

Αυτοτραυματισμός. Ένας άλλος τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι προσπαθούν να καταπολεμήσουν την κατάθλιψη είναι ο αυτοτραυματισμός ή προκαλώντας πόνο στον εαυτό τους με μεθόδους όπως το κόψιμο ή το κάψιμο. Καθώς μερικοί άνθρωποι δεν σκοπεύουν να τραυματιστούν επίτηδες, μπορεί να συμβούν σοβαρά ή απειλητικά για την ζωή τραύματα με αποτέλεσμα τον θάνατο.

Απερίσκεπτη συμπεριφορά. Όταν οι άνθρωποι αισθάνονται απελπισία, θυμό και θλίψη για τον εαυτό τους, είναι λιγότερο πιθανό να φροντίσουν τον εαυτό τους και να σκεφτούν τις συνέπειες των πράξεων τους. Τα άτομα με κατάθλιψη ίσως να θέτουν τον εαυτό τους σε κίνδυνο, με πιθανές επικίνδυνες επιπτώσεις, όπως να οδηγούν μεθυσμένοι.

Χαμηλή απόδοση στο σχολείο ή στην δουλειά. Η κατάθλιψη που δεν θεραπεύεται μπορεί να δυσκολεύει το άτομο να παρακολουθήσει τα μαθήματά του και να ολοκληρώνει τις εργασίες του ή να μην είναι παραγωγικός και αποδοτικός στη δουλειά του. Αυτό συμβαίνει επειδή η κατάθλιψη δυσκολεύει την ικανότητα συγκέντρωσης, της μνήμης και της λήψης αποφάσεων. Για κάποιους ανθρώπους, ακόμη και το να σηκωθούν από το κρεβάτι είναι πάρα πολύ δύσκολο. Για αυτό είναι σημαντικό να ζητήσει κάποιος βοήθεια πριν τα συμπτώματα χειροτερεύσουν και επηρεάζουν την απόδοση στο σχολείο και άλλες πτυχές της καθημερινότητας.

Προβλήματα στις σχέσεις. Σκεφτείτε πως οι σχέσεις σας επηρεάζονται όταν είστε αγχωμένοι. Ίσως να ξεσπάτε στους αγαπημένους σας, να σταματάτε να πηγαίνετε σε κοινωνικές εκδηλώσεις ή απλά να θέλετε να είστε μόνοι. Το ίδιο πράγμα μπορεί να συμβεί με την κατάθλιψη. Εξαντλεί τους ανθρώπους συναισθηματικά, πνευματικά και σωματικά, έτσι είναι δύσκολο να είστε εκεί για τους φίλους και την οικογένεια.

Προβλήματα υγείας. Η κατάθλιψη μπορεί να γίνει ένας ανθυγιεινός κύκλος ζωής. Οι άνθρωποι με κατάθλιψη χρειάζεται να προσέχουν τον εαυτό τους για να αισθανθούν καλύτερα, αλλά εξαιτίας των συμπτωμάτων, έχουν αϋπνία και δεν μπορούν να κοιμηθούν ή αντίθετα ορισμένες φορές, κοιμούνται πολύ, δεν θέλουν να φάνε και δεν έχουν κανένα ενδιαφέρον για άσκηση. Επιπλέον, παρουσιάζουν κεφαλαγίες και ζαλάδες, εύκολη κόπωση, κοιλιακά άλγη, καθώς και πόνους στις αρθρώσεις (HiCow, 2011).

Αυτοκτονία. Τέλος, και πιο σημαντικό, οι σκέψεις για το θάνατο και την αυτοκτονία είναι συμπτώματα της κατάθλιψης. Αν η κατάθλιψη παραμείνει αθεράπευτη, αυτές

οι σκέψεις μπορεί να χειροτερεύσουν. Μερικές φορές, ο ασθενής ίσως να αισθάνεται ότι η αυτοκτονία είναι η μόνη διέξοδος, ο μοναδικός τρόπος για να δραπετεύσει από τον πόνο. Αυτό δεν είναι αλήθεια. Υπάρχουν πολλοί αποτελεσματικοί τρόποι για την μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, με τους οποίους μπορεί να αισθανθεί καλύτερα (Clark, 2007).

Κατά μέσο όρο, 85 άτομα αυτοκτονούν κάθε ημέρα στις ΗΠΑ. Η γενική συχνότητα των αυτοκτονιών στις ΗΠΑ παραμένει σχετικά σταθερή από τη δεκαετία του 1970, ωστόσο, έχει αυξηθεί σημαντικά σε συγκεκριμένες ομάδες. Η συχνότητα αυτοκτονιών στους εφήβους και νεαρούς ενήλικες έχουν αυξηθεί δραματικά. Ωστόσο, τα περιστατικά αυτοκτονίας είναι υψηλότερα στα ηλικιωμένα άτομα και ειδικότερα στους ηλικιωμένους άνδρες (Eby, et al., 2010).

Εν κατακλείδι, η κατάθλιψη καθιστά δύσκολο για τους πάσχοντες το να αναγνωρίσουν ή να εξηγήσουν τα ίδια τους τα συναισθήματα. Η συζήτηση και διαλεύκανση των συναισθημάτων αυτών μπορεί να βοηθήσει το καταθλιπτικό άτομο να βάλει τη ζωή του στο σωστό πλαίσιο, να αφήσει πίσω τις αρνητικές σκέψεις ή να αρχίσει να δουλεύει για την επίλυση των προβλημάτων του (Κωστοπούλου, 2011).

6.2 ΟΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΣΤΗΝ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η κατάθλιψη δεν έχει μόνο τεράστιες επιπτώσεις στον άνθρωπο που την αντιμετωπίζει, ο οποίος βιώνει συναισθήματα θλίψης και απελπισίας, απώλεια ενέργειας, μειωμένη συγκέντρωση και κάποιες φορές σκέψεις και συναισθήματα γύρω από την αυτοκτονία. Συχνά, έχει και μέγιστο αντίκτυπο στην οικογένεια και στα αγαπημένα πρόσωπά του. Τα μέλη της οικογένειας του ατόμου με κατάθλιψη, εμφανίζουν ενίοτε θλίψη και απώλεια ενέργειας και έτσι μπορεί να καταλήξουν στη μη διαθεσιμότητα ενός συντρόφου ή γονιού για να συμμετέχει σε δραστηριότητες της καθημερινότητας (Γεραντώνη, 2017).

Τα μέλη της οικογένειας σταματούν να ζουν αρμονικά, να συνεργάζονται, να μιλούν μεταξύ τους καθώς ο πάσχων που βιώνει αυτή τη δύσκολη κατάσταση αποτραβιέται από τους υπόλοιπους και κλείνεται στον εαυτό του, ενώ οι υπόλοιποι λαμβάνουν αυτή την αποξένωση ως αδιαφορία και εγκατάλειψη. Τα μέλη της οικογένειας κάνουν προσπάθεια να ανταπεξέλθουν μέσα σε αυτή την κατάσταση, για να αποκατασταθεί με κάποιο τρόπο η καθημερινότητα, τουλάχιστον σε λειτουργικό επίπεδο. Επιπλέον, το μεγαλύτερο βάρος που νιώθουν μάλιστα, όπως παρατήρησαν οι ερευνητές, είναι ότι αισθάνονται να έχουν την ευθύνη να παρακολουθούν το άτομο που έχει κατάθλιψη για το ενδεχόμενο να προβεί σε απόπειρα αυτοκτονίας (Onmed, 2016).

Παρατήρησαν επίσης οι επιστήμονες ότι ακόμα και αν φύγει η κατάθλιψη, το σπίτι αργεί να επανέλθει σε κανονικότητα, ενώ πάντα υπάρχει η σκέψη ότι ο πάσχων μπορεί να επιστρέψει στην κατάθλιψη. Όλο αυτό δείχνει ότι η περίοδος καταπόνησης που περνά η οικογένεια λόγω της κατάθλιψης είναι μεγάλη. Γι' αυτό όπως λένε χρειάζεται μια προσεκτική προσέγγιση φροντίδας για όλη την οικογένεια. Στο θέμα αυτό βοηθούν τα προγράμματα αντιμετώπισης και θεραπείας για τους αγαπημένους ανθρώπους του πάσχοντος. Για το λόγο αυτό απαιτείται σχεδιασμός και εφαρμογή ενός μοντέλου περίθαλψης που θα επιτρέπει σε όλη την οικογένεια να λαμβάνει μέρος, ώστε το άτομο που πάσχει να παίρνει φροντίδα και υποστήριξη. Προσφέρει πιο καλά αποτελέσματα στη θεραπεία του πάσχοντα (Onmed, 2016).

Κεφάλαιο 7°

ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

7.1 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Τα διαγνωστικά κριτήρια ενός καταθλιπτικού επεισοδίου είναι τα ακόλουθα:

Εάν κάποιος παρουσιάζει 5 ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα για περισσότερο από 2 εβδομάδες είναι καλά να συμβουλευτεί το γιατρό του και να ζητήσει βοήθεια (Medlook, 2010).

1. Ψυχική κατάσταση που χαρακτηρίζεται από επίμονα αισθήματα λύπης, αγωνίας και κακής διάθεσης.
2. Προβλήματα ύπνου που μπορεί να είναι είτε αυπνίες ή ξυπνήματα πολύ νωρίς το πρωί. Αντίθετα, μπορεί να παρατηρείται τάση για υπερβολικές ώρες ύπνου.
3. Μειωμένη όρεξη ή και απώλεια βάρους. Αντίθετα, μπορεί να εμφανιστεί αυξημένη όρεξη ή βουλιμία.
4. Απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες που συνήθως ευχαριστούσαν τον ασθενή.
5. Ευερεθιστικότητα, νευρικότητα.
6. Σωματικά συμπτώματα, όπως πονοκέφαλοι, κεφαλαλγίες, ζαλάδες, χρόνιοι πόνοι και πεπτικά προβλήματα (Block, 2010).
7. Δυσκολίες συγκέντρωσης, προβλήματα μνήμης και αναποφασιστικότητα.
8. Επίμονη κούραση και αίσθημα κόπωσης, απώλεια ενέργειας.
9. Αισθήματα ενοχής και απελπισίας, νιώθει ότι δεν αξίζει τίποτα πλέον.
10. Απαισιοδοξία για το μέλλον, ανησυχίες ότι όλα θα είναι δύσκολα και δεν θα πάνε καλά.
11. Σκέψεις αυτοκτονίας και θανάτου.

Η έγκαιρη διάγνωση και η πρώιμη αντιμετώπιση της κατάθλιψης σχετίζεται με την αποφυγή της χρονιότητας και των σοβαρών επιπλοκών. Η εσφαλμένη ταύτιση θλίψης και κατάθλιψης είναι μια από τις αιτίες που οδηγούν στην αποτυχία διάγνωσης και επομένως στην αποτυχία θεραπευτικής αντιμετώπισής της. Η διαπίστωση αυτή είναι σημαντική αν αναλογιστεί κανείς ότι στην εποχή μας υπάρχουν μεγάλες δυνατότητες ασφαλούς διάγνωσης και αποτελεσματικής θεραπείας (Αυγουστάτος, 2008).

7.2 ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

Η κατάθλιψη πρέπει να διαφοροδιαγνώσκεται από ποικίλες σωματικές και ψυχικές διαταραχές.

A. Ψυχικές διαταραχές όπως (Diagnostic and statistical manual of mental disorders):

- Τη σχιζοφρένεια: Σε περιπτώσεις σχιζοφρένειας η απόλυτη απόσυρση και αναστολή της ψυχοκινητικότητας μοιάζουν με βαριά κατάθλιψη. Το πρόσωπο μένει ανέκφραστο, ενώ στην κατάθλιψη το πρόσωπο εκφράζει βαθύ πόνο και θλίψη.
- Τη σχιζοσυναισθηματική διαταραχή: Διαφοροδιάγνωση χρειάζεται στις περιπτώσεις που υπάρχουν τα χαρακτηριστικά του καταθλιπτικού συνδρόμου και παραληρητικά ή ψευδαισθητικά συμπτώματα μη σύντονα με συναισθηματική διαταραχή. Το είδος της προσωπικότητας και ο βαθμός της αποδιοργάνωσης είναι χρήσιμα διαφοροδιαγνωστικά στοιχεία (Mayo clinic staff, 2011).
- Αγχώδεις διαταραχές.
- Την κυκλοθυμική διαταραχή: Αυτή εξελίσσεται με συχνά ήπια ή μέτρια επεισόδια κατάθλιψης αλλά και ευφορίας και με καλή αποκατάσταση της ψυχικής υγείας στα μεσοδιαστήματα.

- Τη δυσθυμία: Εξελίσσεται με χρόνια, επίμονα, αλλά και ηπιότερα συμπτώματα και μπορεί να υπάρχουν μεσοδιαστήματα λίγων ημερών ή εβδομάδων με φυσιολογικό συναίσθημα.
- Το πένθος: Ακολουθεί ο θάνατος αγαπημένου προσώπου. Οι ιδέες ενοχής, αν υπάρχουν, αναφέρονται σε έμμονες σκέψεις εγκατάλειψης ή αναποτελεσματικής φροντίδας του αρρώστου πριν το θάνατο.
- Η κατάχρηση και εξάρτηση από ουσίες ή αλκοόλ, είναι συχνά αποτέλεσμα κατάθλιψης ιδιαίτερα στην εφηβική και μετεφηβική ηλικία. Και αυτές οι καταστάσεις πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διαφοροδιάγνωση.

B. Σωματικές διαταραχές όπως:

- Λοιμώδη, μεταβολικά, ενδοκρινολογικά νοσήματα και νευρολογικά όπως: νόσος του Alzheimer, γρίπη, τυφοειδής πυρετός, νόσος του Addison, υποθυρεοειδισμός. Η διαφοροδιάγνωση θα γίνει από τα γενικά συμπτώματα, το ιστορικό και την κλινική εικόνα (Lee, 2020).
- Γεροντικές άνοιες με κατάθλιψη. Σε αυτές προέχουν οι διαταραχές της μνήμης, της κρίσης και της νοημοσύνης και οι ψυχολογικές δοκιμασίες δείχνουν οργανικότητα (Healthwise staff, 2010).
- Ψυχοδραστικές ουσίες (Φαινοθειαζίνες, λεβουτόπα, υπνωτικά, οπιούχα, στρεπτομυκίνη, τετρακυκλίνες). Η διαφοροδιάγνωση θα βασιστεί στην παρουσία διαταραχών της συνείδησης, στο ιστορικό λήψης ουσιών και στην ανίχνευσή τους στα υγρά του σώματος (Αυγουστάτος, 2008).

Κεφάλαιο 8°

ΘΕΡΑΠΕΙΑ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗΣ

8.1 ΒΙΟΛΟΓΙΚΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ: ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ

Η κατάθλιψη αντιμετωπίζεται με βιολογικά (φαρμακευτική αγωγή) και ψυχολογικά (ψυχοθεραπεία) μέσα θεραπείας. Αντικαταθλιπτικά φάρμακα: τα αντικαταθλιπτικά βρίσκονται διαρκώς στην πρωτοπορία του επαναπροσδιορισμού του συνόλου των ψυχικών διαταραχών (Ehrenberg, 1998).

- **Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά** τα οποία χρησιμοποιούνται κυρίως στην μείζονα κατάθλιψη. Είναι χημικώς συγγενή με τις φαινοθειαζίνες και λέγονται και διβενζαζεπίνες. Πλεονεκτούν, γιατί εμφανίζουν τις λιγότερες παρενέργειες. Ωστόσο, η χρήση τους μειώθηκε από τη στιγμή που ανακαλύφθηκαν οι εκλεκτικοί αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης. Τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιούνται σε βαριές και μέσης βαρύτητας ενδογενείς καταθλίψεις (Simonsen, et al., 2009).
- **Εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης της σεροτονίνης και της νοραδρεναλίνης** (Χριστοδούλου, 2005).
- **Αναστολείς της μονοαμεινοξειδάσης** τα οποία είναι λιγότερο αποτελεσματικά από τις παραπάνω κατηγορίες και παρουσιάζουν μεγαλύτερη συχνότητα ανεπιθύμητων ενεργειών. Χρησιμοποιούνται σε ήπιες εξωγενείς καταθλίψεις (Χριστοδούλου, 2005).

8.2 ΠΑΡΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΤΩΝ ΑΝΤΙΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

- **Τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά (TCAs)** (Δασκαλόπουλος, 2006) : Ξηρότητα στόματος, υπνηλία, εφιδρώσεις, μυδρίαση, διαταραχές προσαρμογής, τρόμος, υπομανία, διαταραχές σεξουαλικής λειτουργίας, δυσκολία στην

ούρηση, ναυτία, έμετοι. Όλα τα συμπτώματα συνδέονται με τον ανταγωνισμό των μουσκαρινικών υποδοχέων στο παρασυμπαθητικό νευρικό σύστημα. Συνήθως οι ανεπιθύμητες παρενέργειες μετριάζονται μετά την παρέλευση 7-10 ημερών. Η υπερδοσολογία ενός τρικυκλικού αντικαταθλιπτικού μπορεί να αποβεί θανατηφόρα. Η λήψη υψηλών δόσεων προκαλεί αναπνευστική καταστολή, κοιλιακές αρρυθμίες, καταπληξία, διεσταλμένες κόρες και κώμα.

- **Αναστολείς της επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νοραδρεναλίνης (SSRIs):** περιλαμβάνουν τις γαστρεντερικές διαταραχές όπως το ξηρό στόμα, η ναυτία και η ανορεξία, η υπνηλία, ο ίλιγγος, τα ανώμαλα όνειρα, ο ιδρώτας, η σεξουαλική δυσλειτουργία, η αϋπνία, τον τρόμο, τη νευρικότητα και την υπέρταση. Επίσης, σε πολλές περιπτώσεις το άτομο έχει έντονες σκέψεις θανάτου (αυτοκτονικό ιδεασμό). Οι παραπάνω ανεπιθύμητες ενέργειες συχνά αποτελούν τον κύριο λόγο διακοπής της θεραπείας από τους ασθενείς (Παραδέλης, 2011). Ο συνδυασμός αναστολέων της ΜΑΟ και αναστολέων επαναπρόσληψης σεροτονίνης μπορεί να προκαλέσουν το σεροτονινεργικό σύνδρομο, το οποίο χαρακτηρίζεται από μεταβολή της νοητικής κατάστασης.
- **Αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης (ΜΑΟ) :** Οι αναστολείς της ΜΑΟ έχουν μικρή χρησιμότητα, διότι θεωρούνται λιγότερο αποτελεσματικά σε σύγκριση με τα τρικυκλικά και διότι μπορεί να προκαλέσουν ανεπιθύμητες αλληλεπιδράσεις με τροφές και φάρμακα. Σε τέτοιες περιπτώσεις αυξάνουν σημαντικά την αρτηριακή πίεση και έχουμε δυσκαμψία του αυχένα, σοβαρή κεφαλαλγία, πόνοι στο στήθος, ταχυκαρδία, ναυτία και εμετοί ακόμη και εγκεφαλικό επεισόδιο. Άλλα συμπτώματα που προκαλούνται από τους αναστολείς της μονοαμινοξειδάσης είναι διαταραχές στον ύπνο, αύξηση της σωματικού βάρους, ναυτία, ξηροστομία, ζάλη και αισθήματα τρόμου και ανησυχίας (Simonsen, et al., 2009).

8.3 ΗΛΕΚΤΡΟΣΠΑΣΜΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ηλεκτροσπασμοθεραπεία (ECT), ονομάζεται η διοχέτευση ηλεκτρικού ρεύματος μέσω του εγκεφάλου για την πρόκληση γενικευμένων σπασμών (Eby, et al., 2010). Σήμερα, η ηλεκτροσπασμοθεραπεία χρησιμοποιείται σπάνια και μόνο στις περιπτώσεις εκείνες των ατόμων με βαριά απειλητική για τη ζωή κατάθλιψη ή για ασθενείς που για διάφορους λόγους δεν μπορούν να λάβουν φαρμακευτική αγωγή (Kana, et al., 2010).

8.4 ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΕΣ

Η ψυχοθεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία στην αντιμετώπιση της μείζονος κατάθλιψης. Αυτός ο συνδυασμός μπορεί να χρησιμοποιηθεί στα πλαίσια της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης και προκειμένου να βοηθήσει τον ασθενή να μάθει να ζει και να κατανοήσει τα προβλήματα του στη ζωή του, να διαχειρίζεται τα συμπτώματα που τον ταλαιπωρούν, να εφαρμόζει αποτελεσματικές δεξιότητες αντιμετώπισης των δυσκολιών και να καταπολεμά τον φαύλο κύκλο αρνητικών σκέψεων (Cohen, et al., 2018).

8.4.1 ΑΤΟΜΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η ατομική ψυχοθεραπεία αφορά δύο πρόσωπα, τον ψυχοθεραπευτή και τον ενδιαφερόμενο. Η ατομική ψυχοθεραπεία έχει ως στόχο τη σταδιακή αλλαγή των στοιχείων και συμπεριφορών που δημιουργούν πρόβλημα στη ζωή του κάθε ανθρώπου. Μέσω της διερεύνησης του εαυτού και των σχέσεων, ο κάθε άνθρωπος μπορεί να είναι σε θέση να συνειδητοποιήσει τους λόγους που τον κάνουν να είναι λιγότερο λειτουργικός σε κάποιες καταστάσεις και να αντιμετωπίζει δυσκολίες σε διάφορα θέματα. Οδηγώντας τον στην κατανόηση των συναισθημάτων και των δυσκολιών που αντιμετωπίζει ή των συμπτωμάτων που εμφανίζει, ο απώτερος

στόχος της θεραπείας είναι η προαγωγή της ψυχικής ευημερίας του ανθρώπου, η ισορροπία και η λειτουργικότητά του (Χαρίλα, 2012). Οι ατομικές θεραπείες γίνονται συνήθως 1-2 φορές την εβδομάδα κατόπιν ραντεβού και διαρκούν περίπου 50 λεπτά (Πανταζόπουλος, 2016).

8.4.2 ΟΜΑΔΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αντίθετα, από την ατομική ψυχοθεραπεία, η ομαδική αποτελείται από μια ομάδα ατόμων, δηλαδή περισσότερα από δύο άτομα. Αποτελείται λοιπόν από μια ομάδα που έχουν ανάγκη να γνωρίσουν και να αποδεχτούν τον εαυτό τους μέσα από συζητήσεις με ειδικούς και μέσα από διάφορες μεθόδους. Πολλές φορές τα προβλήματα που απασχολούν τους ανθρώπους είναι κοινά (ψυχικές διαταραχές, χρήση ουσιών, πένθος, διαζύγιο κ.α.). Πάντα πριν την εισαγωγή του καθένα στην ομάδα γίνεται μια συζήτηση με τους θεραπευτές και με τον καθένα ξεχωριστά προκειμένου να τοποθετηθεί στη κατάλληλη ομάδα (Lenze, 2005).

Η ομαδική ψυχοθεραπεία μπορεί να είναι βραχεία ή μακροχρόνια. Το άτομο αντλεί υποστήριξη που χρειάζεται από την ομάδα και εξερευνά το πρόβλημά του μαζί με αυτή. 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. Το άτομο ενθαρρύνεται να μιλήσει για τα προβλήματα του, τον εαυτό του, τις σχέσεις με τους άλλους ανθρώπους και να εκφράσει τα συναισθήματά του (Λεβεντάκη, 2020). Η ομαδική ψυχοθεραπεία γίνεται σε εβδομαδιαίες συνεδρίες οι οποίες διαρκούν περίπου 80 λεπτά (Πανταζόπουλος, 2016).

8.4.3 ΔΙΑΠΡΟΣΩΠΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Αυτού του είδους η θεραπεία, περιλαμβάνει την αναγνώριση και την επίλυση των προβλημάτων του ασθενή που αφορούν τις διαπροσωπικές σχέσεις του. Τα προβλήματα και οι κοινωνικοί παράγοντες που μπορεί να οδηγούν σε διαπροσωπική ψυχοθεραπεία είναι η κοινωνική απομόνωση, το παρατεταμένο πένθος και η δυσλειτουργική κοινωνική συμπεριφορά. Έτσι, ο θεραπευτής βοηθά τον ασθενή να αναπτύξει σχέσεις εμπιστοσύνης πρώτα μαζί του και έπειτα με τους άλλους ανθρώπους. Η διαπροσωπική θεραπεία είναι βραχεία και χρησιμοποιείται σε ήπιες μορφές κατάθλιψης (Ιεροδιακόνου, et al., 2010).

8.4.4 ΓΝΩΣΤΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η γνωστική ψυχοθεραπεία είναι η αποτελεσματικότερη ψυχοθεραπευτική προσέγγιση της κατάθλιψης. Στόχος της είναι η καταπολέμηση των συμπτωμάτων, με αναγνώριση και αναθεώρηση των αρνητικών σκέψεων του ασθενή. Τα καταθλιπτικά άτομα, σύμφωνα με την γνωστική θεραπεία παρουσιάζουν αρνητικές σκέψεις και μέσα σε θετικά γεγονότα της ζωής τους (Thompson, et al., 2015). 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 (Santoft, et al., 2019). Η διαδικασία είναι χρονοβόρα αφού απαιτούνται πολλές συναντήσεις με τον ειδικό, περίπου 13 - 20 ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του ατόμου. Συμπερασματικά, σκοπός του θεραπευτή είναι να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις του ασθενούς, να πάψει ο ασθενής να σκέφτεται καταστροφικά και να αρχίσει να σκέφτεται ορθά και λογικά (Eby, et al., 2010). Συχνά συνδυάζεται με την συμπεριφορική θεραπεία.

8.4.5 ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η προσέγγιση της συμπεριφορικής θεραπείας, βασίζεται στην θεωρία της μάθησης. Ο θεραπευτής κι ο ασθενής συνεργάζονται προκειμένου να προσδιορίσουν ποιες συμπεριφορές χρήζουν τροποποίησης. Ο ασθενής με την σειρά του υιοθετεί νέους, θετικούς τρόπους συμπεριφοράς, αντικαθιστώντας στην δυσλειτουργική συμπεριφορά. Αρχή της συμπεριφορικής θεραπείας είναι ότι ο τρόπος σκέψης και τα συναισθήματα του ασθενή αντανακλούν στη συμπεριφορά του. Η συμπεριφορική θεραπεία χρησιμοποιείται συνήθως σε συνδυασμό με την γνωστική θεραπεία (Healthwise Staff, 2010).

8.4.6 ΓΝΩΣΤΙΚΗ- ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗ ΨΥΧΟΘΕΡΑΠΕΙΑ

Την ονομασία γνωστική την απέκτησε επειδή προσπαθεί να ανακαλύψει τον τρόπο σκέψης του ασθενούς για τον εαυτό του, τον κόσμο και το μέλλον αλλά και τον αντίκτυπο που έχουν αυτές οι σκέψεις στα συναισθήματα και στη συμπεριφορά (συμπεριφορική) (Simning, et al., 2017).

Η Γνωστική-Συμπεριφορική ψυχοθεραπεία αποτελεί την πλέον σύγχρονη, επιστημονικά τεκμηριωμένη και αποτελεσματική μορφή ψυχοθεραπείας. Εφαρμόζεται κυρίως στην κατάθλιψη, στις διαταραχές άγχους, στις διαταραχές του ιδεοψυχαναγκαστικού φάσματος, στις διαταραχές σωματικών συμπτωμάτων, στις σεξουαλικές διαταραχές και στις διαταραχές πρόσληψης τροφής κ.ά. (Thompson, 2019).

Στόχος της γνωστικής-συμπεριφορικής θεραπείας είναι (Σταυριανάκος, 2016).

- Η κατανόηση από τον ασθενή των ιδιαίτερων στοιχείων της προσωπικότητάς του και της επίδρασης αυτών στην καθημερινή του ζωή.

- Η ενδυνάμωση των θετικών στοιχείων της προσωπικότητας και η βελτίωση των αδυναμιών.
- Η κατανόηση από του ασθενή για την διαταραχή που αντιμετωπίζει.
- Η αναγνώριση των σκέψεων, των συναισθημάτων, των σωματικών συμπτωμάτων και των συμπεριφορών και ο συνδυασμός όλων αυτών από τον ασθενή.
- Η αναδόμηση των δυσλειτουργικών σκέψεων.
- Η τροποποίηση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών.
- Η διαχείριση του στρες.
- Η εκπαίδευση στην επίλυση προβλημάτων.
- Η εκπαίδευση στις διαπροσωπικές σχέσεις.

Τέλος, η αποτελεσματικότητά της είναι συχνά εμφανής από τις πρώτες συνεδρίες. Οι συνεδρίες είναι εβδομαδιαίες και διαρκούν μια περίπου ώρα. Ο συνολικός αριθμός των συνεδριών εξαρτάται από τη φύση και τη σοβαρότητα της διαταραχής.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

1^ο Κεφάλαιο

Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΗΝ ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ

1.1 Ο ΝΟΣΗΛΕΥΤΗΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η νοσηλευτική ψυχικής υγείας είναι ένας κλάδος της νοσηλευτικής επιστήμης που ασχολείται με την παροχή φροντίδας σε άτομα με ψυχική διαταραχή με σκοπό την

πρόληψη, την θεραπεία και την αποκατάσταση-ανεξαρτησία τους (LeMoult, et al., 2019). Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας παρέχει φροντίδα στους ανθρώπους όλων των ηλικιών με ψυχολογικά και ψυχιατρικά προβλήματα, βοηθά στη γρήγορη αποκατάσταση τους και προάγει την ευημερία συνολικά του πληθυσμού (Χριστοδούλου, 2005). Στόχος των νοσηλευτών είναι η προαγωγή της ψυχικής υγείας, η πρόληψη της ασθένειας και η προσφορά ποιοτικής φροντίδας και άλλων ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων.

Προσόντα νοσηλευτή ψυχικής υγείας

Τα χαρακτηριστικά που είναι αναγκαίο να έχει ένας νοσηλευτής ψυχικής υγείας είναι (Eby, et al., 2010):

- Αυτογνωσία
- Σεβασμός για τον ασθενή
- Ελπίδα
- Αποδοχή και κατανόηση
- Ευαισθησία
- Επαγγελματική ευθύνη
- Συνηγορία
- Όραμα
- Διαθεσιμότητα
- Ενσυναίσθηση
- Κριτική σκέψη

1.2 Ο ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟΣ ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ

1.2.1 Η ΣΧΕΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ-ΑΣΘΕΝΗ

Ο νοσηλευτής έχει διαφορετικούς ρόλους μέσα στην επαγγελματική σχέση, αλλά η σχέση επικεντρώνεται πάντα στις ανάγκες του ασθενή. Σκοπός του νοσηλευτή, είναι να βοηθήσει τον ασθενή να επιτύχει προσαρμοστικούς υγιείς στόχους. Σημαντικό επίσης, είναι να τηρείται στη σχέση νοσηλευτή- ασθενή ο βαθμός αντικειμενικότητας. Είναι απαραίτητο οι νοσηλευτές να είναι σε επαφή με τα συναισθήματα των ασθενών για να μπορούν να τους βοηθήσουν, διότι μπορεί να αποτελέσουν σημαντικό μέρος των δεξιοτήτων αξιολόγησης και παρέμβασής τους (Park, 2019). Ωστόσο, πρέπει να αποφεύγουν να παρασύρονται από προσωπικές προκαταλήψεις ή να ταυτίζονται με τα συναισθήματα των ασθενών. Με τον καιρό, οι νοσηλευτές μαθαίνουν να ισορροπούν τα συναισθήματα τους με την επαγγελματική αντικειμενικότητα και να καλύπτουν πλήρως τις ανάγκες των ασθενών τους (Eby, et al., 2010).

Τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής θεραπευτικής σχέσης είναι τα ακόλουθα:

- Επικεντρώνεται στο ασθενή
- Αποσκοπεί στην επίτευξη συγκεκριμένων στόχων
- Είναι χρονικά περιορισμένη

Επιπλέον, υπάρχουν συγκεκριμένες διαστάσεις στη εκπλήρωση του νοσηλευτικού ρόλου όπως:

1. Παροχή ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας στους ψυχικά αρρώστους και συνεργασία με τις οικογένειες.
2. Εφαρμογή ψυχοθεραπείας.
3. Αγωγή σωματικής και ψυχικής υγείας.

4. Συνεργασία με τη θεραπευτική ομάδα.
5. Συμμετοχή σε ομάδες εργασίας.
6. Έρευνα σε θέματα ψυχικής υγείας.

1.3 ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Η θεραπευτική επικοινωνία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως νοσηλευτική παρέμβαση. Μπορεί να χαρακτηριστεί ως το θεμέλιο της ψυχικής υγείας όπως και της προοδευτικής μεταβολής της στάσης του ασθενούς απέναντι στη νόσο, την αλλαγή της συμπεριφοράς και της προοπτικής προς το μέλλον. Η σωστή ακρόαση πρέπει να περιλαμβάνει κάποια σημαντικά χαρακτηριστικά. Το πρώτο και σημαντικότερο όλων είναι η διατήρηση της βλεμματικής επαφής, ώστε ο ασθενής να αντιλαμβάνεται ότι διατηρεί τη προσοχή σας. Είναι πολύ σημαντικό να παρατηρούνται τόσο τα σωματικά όσο και τα ψυχικά σημάδια. Εξαιρετικά σημαντικό είναι να υπάρχει ανταπόκριση στο συναίσθημα το οποίο μπορεί να εκφράζει ο ασθενής και επίσης ανταπόκριση στα λεκτικά ή μη μηνύματα του ασθενή. Ο νοσηλευτής ψυχικής υγείας κατά την επικοινωνία του με τους ασθενείς οφείλει να ακούει με ενδιαφέρον και προσοχή τα λεγόμενα του ασθενή. Αυτό επιτυγχάνεται με τη βλεμματική επαφή, τις εκφράσεις του προσώπου, με την επιλογή της κατάλληλης στάσης του σώματος και κάποιες φορές να επαναλαμβάνει τα λεγόμενα του ασθενή (Kneisl, et al., 2009).

Ο νοσηλευτής βοηθάει τον ασθενή να επιτύχει επιθυμητά αποτελέσματα μέσω της επικοινωνίας. Επιθυμητά αποτελέσματα που μπορούν να επιτευχθούν με τη θεραπεία της επικοινωνίας είναι (Shadock, 2001):

- Ανάπτυξη αυτογνωσίας από το ασθενή.
- Συμμετοχή του ασθενή στην επίλυση προβλημάτων.
- Βελτίωση αυτοεκτίμησης.

- Ανάπτυξη προσαρμοστικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης του στρες.
- Έκφραση και διερεύνηση συναισθημάτων.

Η θεραπευτική επικοινωνία χρησιμοποιείται στα πλαίσια της νοσηλευτικής διεργασίας. Προσπαθεί ο νοσηλευτής να βοηθήσει τον ασθενή να εκφράσει συναισθήματα, να επιλύσει προβλήματα, να αναπτύξει δεξιότητες αντιμετώπισης του στρες ή να επιτύχει τον όποιο στόχο έχει τεθεί. Η ποιοτική επικοινωνία με τον ασθενή είναι πολύ σημαντική στη θεραπευτική σχέση, καθώς, χάρη σε αυτή συλλέγονται όλες οι σωστές αλλά και οι χρήσιμες πληροφορίες, στις οποίες βασίζεται η ανίχνευση και η αξιολόγηση των αναγκών του ασθενούς, όπως επίσης και ο σχεδιασμός και η εφαρμογή ενός εξατομικευμένου πλάνου φροντίδας του νοσηλευτή ψυχικής υγείας. Τέλος, ο νοσηλευτής θα αξιολογήσει σε τι βαθμό επιτεύχθηκε αυτός ο στόχος (Φραδέλος, et al., 2013).

1.4 ΣΤΑΔΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η νοσηλευτική διεργασία αποτελείται από κάποια βήματα. Βασικό στάδιο στο ρόλο του νοσηλευτή είναι η νοσηλευτική εκτίμηση όπου είναι και το πρώτο στάδιο. Ο νοσηλευτής θα εξετάσει την κατάσταση του ασθενή και θα συλλέξει και θα οργανώσει τα στοιχεία αυτής της κατάστασης. Ακολουθεί η νοσηλευτική διάγνωση, στην οποία ο νοσηλευτής υπογραμμίζει τα συμπτώματα του ασθενή (Eby, et al., 2010). Έπειτα είναι ο νοσηλευτικός σχεδιασμός, δηλαδή οι στόχοι της νοσηλευτικής παρέμβασης. Και τέλος, είναι η εφαρμογή του νοσηλευτικού πλάνου και η αξιολόγησή του (Webb, 2011). Παρακάτω θα αναλυθούν με τη σειρά τα νοσηλευτικά βήματα.

1.4.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ

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

1. Ο νοσηλευτής, αρχικά θα εκτιμήσει το νοσηλευτικό ιστορικό, στο οποίο θα περιλαμβάνετε το οικογενειακό ιστορικό, τα στρεσογόνα συμβάντα και ιστορικό με βάση την κατάθλιψη (Ouzouni, et al., 2008).
2. Έπειτα δουλειά του νοσηλευτή είναι να σημειώσει τα συμπτώματα που εμφανίζει ο ασθενής, ώστε να εξετάσει και το είδος της κατάθλιψης, καθώς και τη γνωσιακή συναισθηματική και συμπεριφοριστική απάντηση του ατόμου με τη βοήθεια του ιστορικού για τις συναισθηματικές διαταραχές.
3. Εκτίμηση της δυνατότητας για αυτοκτονία με την παρατήρηση της συμπεριφοράς του αρρώστου (αυτοκτονικός ιδεασμός) (Eby, et al., 2010).
4. Τέλος, εκτίμηση της οικογένειας ως υποστηρικτικό στήριγμα, αλλά και του ασθενή σε ότι αναφορά τις γνώσεις σχετικά με την πάθηση, τα συμπτώματα, τη θεραπεία της, τα σημάδια υποτροπής και οι γνώσεις σχετικά με τη αυτοφροντίδα του ατόμου (Grohol, 2010).

1.4.2 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Σε αυτό το βήμα ο νοσηλευτής σημειώνει τα συμπτώματα του ασθενή και την βαρύτητα τους, καθώς και την επικρατέστερη διάθεση που παρουσιάζει ο ασθενής, τα επίπεδα άγχους και τις αυτοκτονικές σκέψεις που μπορεί να έχει στο μυαλό του ο ασθενής (Χριστοδούλου, 2005).

Στη συνέχεια της διάγνωσης, πραγματοποιείται εξατομικευμένη νοσηλευτική διεργασία του καταθλιπτικού ατόμου ιεραρχώντας τα παρακάτω σημεία (Ραγιά, 2001) :

1. Άγχος
2. Αντιμετώπιση αποτελεσματικής οικογένειας: συμβιβαστική λύση
3. Αντιμετώπιση στην αποτελεσματικότητα της προσωπικότητας του ατόμου
4. Αξιολόγηση ανταπόκρισης της οικογένειας
5. Λύπη, δυσλειτουργία
6. Έλλειψη ελπίδας
7. Ελλειμματική γνώση
8. Διαταραχή της διατροφής
9. Καταβολή δυνάμεων
10. Έλλειψη αυτοεκτίμησης
11. Διαταραχή σεξουαλικής συμπεριφοράς
12. Διαταραχή ύπνου
13. Κοινωνική απομόνωση
14. Πνευματικές ανησυχίες
15. Μειωμένη κριτική ικανότητα
16. Κίνδυνος για άσκηση βίας στον ίδιο του τον εαυτό ή σε άλλους.

1.4.3 ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Ο σχεδιασμός περιλαμβάνει την ιεράρχηση προτεραιοτήτων, τον καθορισμό στόχων και τη διατύπωσή τους μέσω των επιθυμητών εκβάσεων για το άτομο καθώς και τον προσδιορισμό των νοσηλευτικών παρεμβάσεων που απαιτούνται (Yang,2019). Η συγκεκριμένη νοσηλευτική διεργασία αντλεί πληροφορίες από τον ασθενή και σύμφωνα με αυτές τις πληροφορίες καταλήγει ο νοσηλευτής μαζί με τον ασθενή σε

ένα σχέδιο. Με αυτόν τον τρόπο το άτομο ωθείται προς την ανάληψη υπευθυνότητας για τη φροντίδα του καθώς, και την επίτευξη των επιθυμητών εκβάσεων και στόχων (Doenges, et al., 2008). Η συμμετοχή του ασθενούς σε αυτό το στάδιο επίσης βοηθά στον καθορισμό προτεραιοτήτων ανάλογα με τις επιθυμίες του.

Οι στόχοι του σχεδιασμού είναι (Brooker, et al., 2007):

- Να επιλύσει τα υπαρκτά προβλήματα (ή να ικανοποιήσει τις ανάγκες υγείας).
- Να ελαχιστοποιήσει τον κίνδυνο εμφάνισης των δυνητικών προβλημάτων.
- Να μειώσει τα επαναλαμβανόμενα προβλήματα.
- Να βοηθήσει στην ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης για προβλήματα υγείας .
- Να μειώσει και να αντιμετωπίσει το stress.
- Να κοινωνικοποιηθεί το άτομο.

1.4.4 ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΛΑΝΟΥ

Η εφαρμογή πραγματοποιείται με την υλοποίηση του σχεδίου φροντίδας, όπου ο νοσηλευτής πραγματοποιεί τις προγραμματισμένες παρεμβάσεις. Ακόμα κι εάν ένα σχέδιο φροντίδας έχει δομηθεί κατάλληλα, είναι δύσκολο να προβλεφθεί οτιδήποτε, που μπορεί να εμφανιστεί σε ένα συγκεκριμένο άτομο καθημερινά. Ακόμα, πρέπει να λαμβάνονται υπ' όψη νομικά και ηθικά ζητήματα που αφορούν τις παρεμβάσεις, καθώς και οι επιθυμίες του ατόμου και της οικογένειας που θα πρέπει να συζητούνται και να γίνονται σεβαστές (Brooker, 2007).

Είναι σημαντικό, πριν ακόμα εφαρμοστούν οι παρεμβάσεις του σχεδίου φροντίδας, ο νοσηλευτής να μπορεί να κατανοεί την αιτία εφαρμογής κάθε παρέμβασης (αιτιολόγηση), τις επιθυμητές εκβάσεις και την εμφάνιση κάθε πιθανού κινδύνου. Ο νοσηλευτής πρέπει επίσης να είναι σίγουρος ότι οι παρεμβάσεις είναι συνεπείς με το ανεπτυγμένο σχέδιο φροντίδας, εφαρμόζονται με ασφαλή και κατάλληλο τρόπο, εκτιμώνται ως προς την αποτελεσματικότητά τους και τεκμηριώνονται με ορθό τρόπο (Doenges, et al., 2008).

Για τον ασθενή με καταθλιπτική διαταραχή εφαρμόζουμε τα παρακάτω βήματα (Λεμονίδου, et al., 2002):

1. Αποδεχόμαστε τον ασθενή σαν ολότητα.
2. Προάγουμε την επαρκή διατροφή του, συμπεριλαμβάνοντας στα γεύματα του ασθενή τροφές της προτίμησής του.
3. Εφαρμόζουμε προληπτικά μέτρα για τις αυτοκτονικές τάσεις του ασθενή, αναλόγως με τις ήδη εκτιμημένες προθέσεις του.
4. Βοηθούμε τον ασθενή να δημιουργήσει ένα καθημερινό πρόγραμμα που θα συμπεριλαμβάνει και δραστηριότητες και ώρες ανάπαυσης.
5. Συμβάλουμε στην πρόοδο του ύπνου του, δημιουργώντας ευχάριστες συνθήκες για την ώρα του ύπνου και την ανάπαυσή του.
6. Τον ενθαρρύνουμε να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες, προσφέροντάς του όση υποστήριξη χρειάζεται.
7. Βοηθούμε τον ασθενή να αναγνωρίσει τα συναισθήματά του και να αποβάλλει τις αρνητικές σκέψεις και αντιλήψεις σχετικά με τον εαυτό του.
8. Ενθαρρύνουμε τον ασθενή να θέτει εύκολους και προσιτούς στόχους, έτσι ώστε με την ελάχιστη βοήθειά μας να τους πετυχαίνει.
9. Του κάνουμε ερωτήσεις ή του εκφράζουμε αμφιβολίες σχετικά με την αρνητική εικόνα που έχει για τον εαυτό του, την ελαττωμένη αυτοεκτίμηση.
10. Διευκολύνουμε τη βελτίωση της καταθλιπτικής πορείας του ασθενή, αποδεχόμενοι όλα τα συναισθήματα που εκφράζει.
11. Όταν ο ασθενής έχει παραισθήσεις χρησιμοποιούμε ενισχυτικές τεχνικές.
12. Διαχειριζόμαστε σωστά τη φαρμακευτική αγωγή σύμφωνα με τις εργαστηριακές εξετάσεις.
13. Παρακολουθούμε τον ασθενή τόσο για τα θεραπευτικά αποτελέσματα της φαρμακευτικής αγωγής, όσο και για τις επιπλοκές που μπορεί να προκαλέσουν.
14. 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.

15. Τον ενθαρρύνουμε ώστε να παίρνει μέρος και να συνεργάζεται και με τα άλλα μέλη της επιστημονικής ομάδας και να συμμετέχει σε άλλες ειδικές θεραπευτικές δραστηριότητες (τέχνες, μουσική, χορός), γιατί αυτό του δίνει την ευκαιρία να εκφράζει και μ' άλλους τρόπους τα συναισθήματά του (Φραδέλος, et al., 2013).
16. Ενθαρρύνουμε τη συμμετοχή του σε ατομική αλλά και ομαδική ψυχοθεραπεία προκειμένου να συναναστρέφεται και με άλλα άτομα που πάσχουν απ' την καταθλιπτική διαταραχή (Eby, et al., 2010).

1.4.5 ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΟΣ

Ο στόχος της αξιολόγησης είναι να καθορίσει εάν επιτεύχθηκαν οι εκβάσεις και εάν ναι σε ποιο βαθμό. Οι νοσηλευτές χρησιμοποιούν τα παρακάτω κριτήρια προκειμένου να αξιολογήσουν τα αποτελέσματα που είχε στον ασθενή η νοσηλευτική διεργασία (Happell, et al., 2008):

1. Ο ασθενής εκφράζει ότι έχει μειωμένο άγχος και φυσιολογική καλή διάθεση.
2. 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 έχει βελτιώσει την σωματική του κατάσταση.
5. Παρουσιάζει δείγματα φυσιολογικού ύπνου, καθώς στη διάρκεια της ημέρας έχει ικανοποιητική ενέργεια.
6. Ο ασθενής εκφράζει ότι μπορεί να τα βγάζει πέρα με τις αλλαγές της ζωής και ότι είναι ικανός να βρίσκει κατάλληλους τρόπους για να τις αντιμετωπίσει.
7. Παρουσιάζει για τον εαυτό του μια θετική εικόνα.
8. Εκφράζει αισιοδοξία για το μέλλον.
9. Εκφράζει ευχαρίστηση για το κοινωνικό σύνολο που και αναγνωρίζει τα κατάλληλα γι' αυτόν υποστηρικτικά συστήματα.

10. Εκδηλώνει δείγματα καθαρής σκέψης, χωρίς αποδεικτικά στοιχεία παραπλάνησης, υπερβολικά συναισθήματα ενοχής ή ιδέες φυγής.
11. Ο ασθενής και η οικογένειά του έχουν γνώσεις σχετικά με την καταθλιπτική διαταραχή, το πρόγραμμα θεραπείας του, τη φαρμακευτική αγωγή και τα συμπτώματα που δείχνουν μια ανερχόμενη κρίση (Happell, et al., 2008).

Σε περίπτωση που οι παρεμβάσεις δεν είναι αποτελεσματικές για την επίτευξη του συγκεκριμένου στόχου, ο νοσηλευτής ενημερώνει τον προϊστάμενο νοσηλευτή, ώστε το σχέδιο φροντίδας να αναθεωρηθεί αν χρειάζεται.

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΟΙΟΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

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

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

Ερευνητικό Ερώτημα και Σκοπός της Παρούσας Μελέτης:

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

Μεθοδολογική Προσέγγιση του ερευνητικού ερωτήματος:

Η παρούσα έρευνα στηρίχθηκε στις προσωπικές παρατηρήσεις και ερμηνείες του απέναντι στα θέματα της υγείας του ασθενούς, της αρρώστιας και της ποιότητας της ζωής του. Η επιλογή της ερευνητικής μεθόδου είναι αποτέλεσμα του είδους του ερευνητικού ερωτήματος. Έτσι, για τη μεθοδολογική προσέγγιση των παραπάνω ζητημάτων, όπως έχει ήδη αναφερθεί, επιλέχθηκε η ποιοτική έρευνα, η οποία επιτρέπει στον ερευνητή να επιχειρήσει τη βαθύτερη μελέτη και κατανόηση του τρόπου με τον οποίο τα ίδια τα υποκείμενα αντιλαμβάνονται, ερμηνεύουν και δίνουν νόημα στα υπό μελέτη κοινωνικά φαινόμενα (Den Denzin & Lincoln, 1998).

Παρουσίαση του Ιστορικού των Συμπτωμάτων:

Είναι ένας άντρας σαράντα χρονών, όμορφος, ψηλός, μελαχρινός, με αθλητικό σώμα, με μαύρα μεγάλα μάτια τα οποία σου γεννούν μια μελαγχολία. Σπάνια θα τον δεις να χαμογελάει και αν το κάνει αυτό το βλέμμα του πάλι θα κρύβει μια μελαγχολία.

Αυτός ο άντρας έχει ένα παιδί μόλις δύο χρονών. Η σύζυγος του δεν μπορεί να ανταπεξέλθει πλέον απέναντι στην ψυχική νόσο που έχει ο άντρας της. Τον εγκατέλειψε και πήρε και το παιδί μαζί. Έτσι, έμεινε χωρίς βοήθεια και χωρίς το παιδί που τον έκανε να ξεχνιέται. Μέσα σε όλα αυτά, μετά την εγκατάλειψη από την σύζυγο του, έμεινε άνεργος. Δούλευε σε μια εταιρία με πολύ καλό μισθό, όμως οι συνθήκες που βίωνε δεν τον άφησαν να είναι το ίδιο παραγωγικός. Για λίγους μήνες άρχισε να δουλεύει delivery για να τα βγάλει πέρα.

Επιπλέον, το παρελθόν του συγκεκριμένου άντρα κρύβει πολλές αιτίες που μπορεί να τον οδήγησαν στην κατάθλιψη. Ήταν περιστασιακά χρήστης. Στην αρχή, ήταν κάτι που τον χαλάρωνε μαζί με τους φίλους του και το έβρισκαν τρόπο διασκέδασης για να ανεβάσουν την διάθεση τους. Αργότερα, όμως έγινε συνήθεια και υπήρχε μόνιμα μια αρνητική διάθεση.

Το γεγονός που τον στιγμάτισε στην ζωή του και τον οδήγησε στη χρήση, ήταν η απώλεια του κολλητού του από δυστύχημα. Από εκείνη την στιγμή κλείστηκε στον εαυτό του, αδιαφορούσε για ότι συμβαίνει, κοιμόταν ατελείωτες ώρες όπως λέει και κρυβόταν απ' όλους, ακόμα και από τον ίδιο του τον εαυτό. Ένιωθε ένα διαρκή πόνο και ένα κενό, το οποίο κενό προσπάθησε να γεμίσει η γέννηση της κόρης του και τα κατάφερε μέχρι ένα σημείο.

Παρουσίαση κοινωνικού ιστορικού:

Ο κύριος Γ. άρχισε σιγά σιγά να αποκόβεται από το κοινωνικό του περίγυρο, δεν ήθελε να βγαίνει με την παρέα του, η δουλειά του δεν τον έκανε να ξεχνιέται και δεν τον γέμιζε. Όπως λέει «οι γύρω μου όχι μόνο δεν μπορούσαν να με κατανοήσουν, και με το δίκιο τους, αλλά θεωρούσαν ότι είναι μια περίεργη συμπεριφορά και ότι θα περάσει. Προσπάθησαν με το καλό, με το άγριο, αλλά τελικά κλεινόμουν στο εαυτό μου όλο και πιο πολύ.»

Με τον καιρό τα συμπτώματα άρχισαν να επιδεινώνονται και να κλαίει χωρίς λόγο και να εκδηλώνει μια θλίψη για το οτιδήποτε. Η γυναίκα του, τον επισκεπτόταν τακτικά μαζί με το παιδί και ορισμένες φορές κοιμόντουσαν και όλοι μαζί. Παρόλο την εγκατάλειψη, ενδιαφερόταν πολύ για τον κύριο Γ. και φυσικά τον αγαπούσε. Η έντονη επιμονή της και οι ατελείωτες συζητήσεις τους κατάφεραν μετά από καιρό, να κατανοήσει ο άντρας της ότι δεν είναι καλά και ότι πάσχει από κατάθλιψη και χρειάζεται ιατρική βοήθεια.

Η βοήθεια άρχισε να έρχεται από την επίσκεψη του στον ψυχίατρο. Αυτός πολύ εύκολα διέγινωσε το πρόβλημα του και του χορήγησε αγωγή. Μετά από αρκετό καιρό τα συμπτώματα έγιναν πιο ήπια και ο κύριος Γ. ευχαριστιόταν διάφορες στιγμές της ζωής, είτε με την γυναίκα και το παιδί του, είτε με την παρέα του. Έμαθε, σε συνεργασία με το γιατρό του να αναγνωρίζει τα σημάδια μίας υποτροπής και να δρα αναλόγως, προσαρμόζοντας τα φάρμακα και τις δόσεις τους.

Μετά από τρία χρόνια, όταν η κατάσταση του πήγαινε σαφώς καλύτερα, άρχισε και πάλι να πιστεύει στον εαυτό του και να νιώθει πιο δυνατός. Έκανε προσπάθεια να διακόψει την αγωγή που έπαιρνε αλλά γρήγορα ένιωσε ότι βυθίζεται και ξανάρχισε την αγωγή. Έτσι, συνεχίζει την αγωγή κανονικά και έχει μάθει να ζει με αυτό.

Αναπαράσταση για τα αίτια της νόσου:

Ο κύριος Γ. μας εκμυστηρεύτηκε την εμπειρία του, πως έζησε και πως έμαθε να ζει με την κατάθλιψη. Όταν ρωτήθηκε ποια νομίζει ότι ήταν τα αίτια που τον οδήγησαν σιγά σιγά σε αυτήν την κατάσταση και διαγνώστηκε τελικά με κατάθλιψη, μας είπε διάφορους παράγοντες που έπαιξαν ρόλο.

Στο αρχικό στάδιο, ένας από αυτούς τους παράγοντες ήταν η απώλεια του κολλητού του, που έπαιξε και καταλυτικό ρόλο στην ψυχολογία του κυρίου Γ. .

Η απώλεια ενός αγαπημένου προσώπου περιλαμβάνει ένα μεγάλο φάσμα συναισθημάτων όπως λύπη, θυμό, απελπισία, ενοχές, φόβο. Ο κάθε άνθρωπος μπορεί να παρουσιάσει ένα διαφορετικό συνδυασμό συναισθημάτων και σωματικών ενοχλήσεων. Πέρασε απ' όλα αυτά τα στάδια πένθους. Οι άνθρωποι για να μπορέσουν να ξεπεράσουν την τραυματική αυτή εμπειρία, πρέπει να περάσουν από τα στάδια του πένθους. Χρειάζονται τη βοήθεια της οικογένειας τους, των συγγενών και των φίλων τους. Ακόμη η βοήθεια εξειδικευμένων επαγγελματιών ψυχολόγων από τα πρώτα στάδια του πένθους, μπορεί να είναι εξαιρετικά χρήσιμη. Όμως, στην περίπτωση του κυρίου Γ. τον στιγμάτισε αυτό το γεγονός. Δεν ζήτησε ιατρική βοήθεια

στα πρώτα στάδια και έτσι βρήκε παρηγοριά στη χρήση ενός τσιγάρου ή και σε πιο βαριές ουσίες.

Αργότερα, ήρθε η συζυγική εγκατάλειψη και η ανεργία, ακόμα δύο σημαντικοί παράγοντες που ο κύριος Γ. πιστεύει ότι έπαιξαν ρόλο στην ήδη κακή ψυχολογία του. Όταν έφυγε η γυναίκα του από το σπίτι, πήρε μαζί της και το παιδί, αυτό το γεγονός τον στεναχώρησε και τον θύμωσε, διότι το παιδί του έδινε χαρά και τον έκανε να μην σκέφτεται αρνητικά. Ο αποχωρισμός από την γυναίκα του και το παιδί, ευτυχώς, κράτησε λίγους μήνες, όπως και η ανεργία.

Στόχοι Φροντίδας

Σαν πρώτη σκέψη, από τη συζήτηση τέθηκε το θέμα της ψυχοθεραπείας. Φυσικά, και θα χρησιμοποιηθούν και άλλοι μέθοδοι για την αντιμετώπιση της κατάθλιψης. Το πρώτο στάδιο, είναι να κανονίσει ο ασθενής συναντήσεις με ειδικό ψυχολόγο. Η ψυχοθεραπεία θα έχει σαν σκοπό, τον απεγκλωβισμό από τα αρνητικά συναισθήματα και την εναρμόνιση του εσωτερικού κόσμου του θεραπευόμενου με τον εξωτερικό κόσμο. Η ψυχοθεραπεία θα πραγματοποιηθεί σε συνδυασμό με φαρμακευτική αγωγή για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα.

Μια δεύτερη σκέψη, είναι η συμμετοχή του ασθενή σε ομάδα αυτοβοήθειας. Στις συναντήσεις της ομάδας, οι συμμετέχοντες μοιράζονται τις εμπειρίες τους, τα προσωπικά τους συναισθήματα, την ενημέρωση που έχει ο καθένας και τις στρατηγικές που έχουν αναπτύξει προκειμένου να αντιμετωπίζουν την κατάθλιψη και να ζουν μια ικανοποιητική ζωή. Έχει σκοπό, δηλαδή, την αλληλοϋποστήριξη μέσω της ανταλλαγής εμπειριών, προβληματισμών, ανησυχιών, φόβων και γνώσης που βιώνουν στη καθημερινή τους ζωή. Οι συναντήσεις αυτές, είναι συναντήσεις αισιοδοξίας και ενθάρρυνσης, διότι βρίσκεις ανθρώπους με τα ίδια συναισθήματα και εμπειρίες που μπορούν να κατανοήσουν και να καταλάβουν την ψυχολογία σου.

Συμπεράσματα- Προτάσεις

Η κατάθλιψη σε κάνει να έχεις αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό σου, τον κόσμο, το μέλλον, τους ανθρώπους που βρίσκονται στη ζωή σου. Οι αρνητικές σκέψεις δεν είναι ρεαλιστικός τρόπος να σκέφτεσαι τα πράγματα. Είναι σαν να βλέπεις τον εαυτό σου, τον κόσμο και το μέλλον μέσα από μία ομίχλη αρνητισμού. Μην δέχεσαι τις αρνητικές σκέψεις σαν αληθινές. Είναι μέρος της κατάθλιψης και θα εξαφανιστούν όταν η κατάθλιψή σου ανταποκριθεί στη θεραπεία.

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

Πρέπει να ελέγχει τον εαυτό του και να βελτιώσει την ποιότητα της ζωής του, καθώς και τις σχέσεις του με το κοινωνικό του περιβάλλον. Πρέπει να μειώσει την απομόνωση, να μετριάσει την απόγνωση και να ενισχύσει την αισιοδοξία, την ελπίδα, την προσωπική ευθύνη και την αποδοχή του εαυτού του. Έτσι μπορεί να αντλεί μεγαλύτερη χαρά και ικανοποίηση από την ζωή παρά τις δυσκολίες, τα εμπόδια, τις απογοητεύσεις και τις αναποδιές της.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ:

- **All Psych**, (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Available at: <https://allpsych.com/> [Πρόσβαση: 28 Μαΐου 2020]
- **Anapolis**, (2012). Αίτια-Αιτίες κατάθλιψης. Available at: <http://www.anapolis.gr/> [Πρόσβαση: 25 Μαΐου 2020]
- **Anapolis**, (2012). Δυσθυμική Διαταραχή. Available at: <http://www.anapolis.gr/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Anapolis**, (2012). Επιλόχεια Κατάθλιψη. Available at: <http://www.anapolis.gr/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Anapolis**, (2012). Ψυχωτική Κατάθλιψη. Available at: <http://www.anapolis.gr/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Ancibure, F., Ancibure, M., & Sauret, M.J.**, 2010. Κατάθλιψη. Αθήνα.
- **Block, S.D.**, 2010. Diagnosis and Treatment of depression in Patients with advanced illness. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 19, p. 103-109.
- **Brooker C., Waugh A., Watson R.**, (2007), *Foundations of Nursing Practice*. Fundamentals of Holistic Care, Mosby Elsevier.
- **Clark, M.**, 2007. *Depression & Suicide*. Available at: <http://suicidal.com> [Πρόσβαση: 27 Μαΐου 2020]
- **Cohen, Z. D., & DeRubeis, R. J.**, 2018. Treatment selection in depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 14, 209-236.
- **Denzin, N. & Lincoln, Y.**, (1998): « Strategies of Qualitative Inquiry». London: Sage Publications.
- **Doenges M. E., Moorhouse M. F., Murr A.**, (2008), *Nurse' s pocket guide – diagnoses, prioritized interventions and rationales*, 11th edition, F. A. Davis Company Philadelphia.
- **Eby, L., & Brown, N.**, 2010. *Η Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*. 2η έκδοση. Αθήνα: Ιατρικές Εκδόσεις Λαγός Δημήτριος.
- **Ehrenberg A.**, 1998. Κατάθλιψη και Κοινωνία. *Η κούραση να είσαι ο εαυτός σου*, Αθήνα, Εκδόσεις του ΕΙΚΟΣΤΟΥ ΠΡΩΤΟΥ.
- **Flach, F.**, 2008. *Κατάθλιψη, η Μυστική της Δύναμη*. Αθήνα: Εκδόσεις Δίοδος.

- **Friedrich, M. J.**, 2017. Depression is the leading cause of disability around the world. *Jama*, 317(15), 1517-1517.
- **Grohol, J.M.**, 2010. *Depression and Exercise*. Available at: <https://psychcentral.com/> [Πρόσβαση: 2 Ιουνίου 2020]
- **Hannigan, B., & Coffey, M.**, 2010. *Κοινωνική Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- **Happell, B., Cowin L., Roper C., Foster, K. & McMaster, R.**, 2008. Introducing Mental Health Nursing: A consumer oriented approach. *Melbourne: Allen & Unwin*, 6(3), p.324-328.
- **Healthwise Staff**, 2010. *Depression Causes*. Available at: <http://ww1.healthinformation.com/> [πρόσβαση: 28 Μαΐου 2020]
- **Healthwise Staff**, 2010. *Depression Medications (Antidepressants)*. Available at: <http://ww1.healthinformation.com/> [πρόσβαση: 28 Μαΐου 2020]
- **HiCow**, 2011. *Οι σωματικές επιπτώσεις της κατάθλιψης*. Available at: <http://rs7.co/www.hicow.com> [Πρόσβαση: 27 Μαΐου 2020]
- **Hitchcock, G. & Hughes, D.**, (1989). «*Research and the Teacher: A Qualitative Introduction to School-based Research*», London, Routledge.
- **Hogan, A., M.**, 2008. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας: Ανασκοπήσεις και Αιτιολογήσεις*, Αθήνα, Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- **Iatronet**, (2014). *Ποια είναι τα σωματικά συμπτώματα της κατάθλιψης*; Available at: <https://www.iatronet.gr/> [Πρόσβαση: 25 Μαΐου 2020]
- **Iatronet**, (2008). *Παιδική και Εφηβική Κατάθλιψη*. Available at: <https://www.iatronet.gr/> [Πρόσβαση: 25 Μαΐου 2020]
- **Iatronet**, (2016). *Κυκλοθυμία: Όσα πρέπει να γνωρίζετε*. Available at: <https://www.iatronet.gr/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Kana, D., & Ueton, D.**, 2010. *Η Ψυχολογία στη Νοσηλευτική Επιστήμη*, Αθήνα, Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- **Katon, W., & Schulberg, H.**, 2009. Epidemiology of depression . *Gen Hosp psychiatry*, 14, p.237–247.
- **Kneisl, C.R, Wilson, H.S, & Trigoboff, E.**, 2009. *Σύγχρονη Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Μετάφραση: Κρομμύδας Γ. Αθήνα, ΕΛΛΗΝ, p. 406-441.

- **Langenfeld, S.,** 2011. *Dysthymic Disorder*. Available at: <https://reference.medscape.com/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Lea, P.,** (2014). Factors affecting nurses' intent to assess for depression in heart failure patients. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 33(6), 320-326.
- **Lee, G. B., Kim, H. C., & Jung, S. J.** (2020). Association between depression and disease-specific treatment. *Journal of affective disorders*, 260, 124-130.
- **LeMoult, J., & Gotlib, I. H.** (2019). Depression: a cognitive perspective. *Clinical Psychology Review*, 69, 51-66.
- **Lenze, E.J.,** 2005. "Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: Effects on social adjustment," *American Journal of Psychiatry*, 159, p.466-468.
- **Liao, W.** (2019). *U.S. Patent Application No. 16/288,238*.
- **Mayo clinic staff,** (2011). *Symptoms and Diagnosis of Depression*. Available at: <https://www.mayoclinic.org/> [Πρόσβαση: 28 Μαΐου 2020]
- **Medkov, A.,** 2003. *Κατάθλιψη: Πρόληψη - θεραπεία*. Available at: <https://www.medlook.net/> [Πρόσβαση: 28 Μαΐου 2020]
- **Medlook,** 2010. *Η κατάθλιψη στους εφήβους: Αιτίες και Συμπτώματα*. Available at: <https://www.medlook.net/> [Πρόσβαση: 25 Μαΐου 2020]
- **Medlook,** 2010. *Παιδική και Εφηβική Κατάθλιψη*. Available at: <https://www.medlook.net/> [Πρόσβαση: 25 Μαΐου 2020]
- **Medlook,** 2010. *Μανιοκατάθλιψη: Τα βασικά σημεία που είναι καλό να γνωρίζετε*. Available at: <https://www.medlook.net/> [Πρόσβαση: 25 Μαΐου 2020]
- **Nardi, A.E., Araujo, D.M.R., & Santos, G.F.S.,** 2010. Binge eating disorder and depression: A systematic review. *J Child Adoles Psychiatry Nurs*, 6(2), p.199-207.
- **Netdoctor,** 2016. *Symptoms of Depression*. Available at: <https://www.netdoctor.co.uk/> [Πρόσβαση: 25 Μαΐου 2020]
- **Onmed,** 2016. *Κατάθλιψη γονέα: Πως επηρεάζει τα άλλα μέλη της οικογένειας*. Available at: <https://www.onmed.gr/> [Πρόσβαση: 27 Μαΐου 2020]

- **Ouzouni, C., & Nakakis, K., 2008.** *Nursing care of depressed children.* NOSILEFTIKI 2008, 47(4), p.458–470.
- **Øverland, S., Woicik, W., Sikora, L., Whittaker, K., Heli, H., Skjelkvåle, F. S., ... & Colman, I. (2020).** Seasonality and symptoms of depression: A systematic review of the literature. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29.
- **Park, L. T., & Zarate Jr, C. A. (2019).** Depression in the Primary Care Setting. *New England Journal of Medicine*, 380(6), 559-568.
- **Pignare, P., 2007.** Πως η κατάθλιψη έγινε επιδημία;; Θεσσαλονίκη, University Studio Press A.E.
- **Psychopedia, 2015.** Βρεφική κατάθλιψη. Ποια αίτια και ποια τα σημάδια αναγνώρισης της. Available at: <https://psychopedia.gr/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Ruff, S. (2019).** *Screening for Depression in Primary Care Practice* (Doctoral dissertation).
- **Santoft, F., Axelsson, E., Öst, L. G., Hedman-Lagerlöf, M., Fust, J., & Hedman-Lagerlöf, E. (2019).** Cognitive behaviour therapy for depression in primary care: systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 49(8), 1266-1274.
- **Sadock, J., B., Sadock, A., V., 2001.** *Εγχειρίδιο Κλινικής Ψυχιατρικής.* Αθήνα, Επιστημονικές Εκδόσεις: ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ Α.Ε.
- **Simning, A., & Simons, K. V. (2017).** Treatment of depression in nursing home residents without significant cognitive impairment: a systematic review. *International psychogeriatrics*, 29(2), 209-226.
- **Simonsen, T., et al., 2009.** *Νοσηλευτική Φαρμακολογία.* Αθήνα, εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- **Thompson, L., Howes, C., & McCabe, R., 2015.** Effect of questions used by psychiatrists on therapeutic alliance and adherence. *Br J Psychiatry*, 8(6), p. 216-222.
- **Walker, J., Payne, S., Smith, P., Jarrett, N., 2011.** *Ψυχολογία της Υγείας για Νοσηλευτές και άλλους Επαγγελματίες Φροντίδα,* Αθήνα, Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.

- **Wanat, M., Walker, J., Hodges, L., Richardson, A., & Sharpe, M., 2015.** Selecting, training and supervising nurses to treat depression in the medically ill: experience and recommendations from the SMART oncology collaborative care trials. *Gen Hosp Psychiatry*, 37(6), p.518-21
- **Webb, L., 2011.** *Nursing: Communication skills in practice*. Oxford, Oxford University Press, 3-19.
- **Wikipedia, 2014.** Διπολική Διαταραχή. Available at: <https://www.wikipedia.org/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020].
- **Yang, M., Loeb, D. F., Sprowell, A. J., & Trinkley, K. E. (2019).** Design and implementation of a depression registry for primary care. *American Journal of Medical Quality*, 34(1), 59-66.
- **Αγγελόπουλος, Ν., 2019.** *Ιατρική Ψυχολογία και Ψυχοπαθολογία*. Τόμος Α. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- **Άγνωστος, Γ., 2008.** Συμπτώματα- Διάγνωση και Διαφοροδιάγνωση Κατάθλιψης. Available at: <http://psycosynthesis.blogspot.com/> [Πρόσβαση: 28 Μαΐου 2020]
- **Αναγνωστόπουλος, Κ., 2010.** *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας του Παιδιού και Εφήβου*. Αθήνα: Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- **Γεραντώνη, Κ., 2017.** Κατάθλιψη στην Οικογένεια. Available at: <https://www.psychologynow.gr/> [Πρόσβαση: 27 Μαΐου 2020]
- **Γιαννοπούλου, Χρ., Α., 1996.** *Ψυχιατρική Νοσηλευτική*, Αθήνα, Εκδόσεις Η ΤΑΘΙΒΑ.
- **Δασκαλόπουλος, Θ., 2006.** Κατάθλιψη μετά το τοκετό, Επιλόχεια κατάθλιψη, Ψυχιατρική θεραπεία. Available at: <http://psi-gr.tripod.com/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Δασκαλόπουλος, Θ., 2006.** Μείζων κατάθλιψη. Available at: <http://psi-gr.tripod.com/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Δασκαλόπουλος, Θ., 2006.** Φάρμακα στην Ψυχιατρική. Available at: <http://psi-gr.tripod.com/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Ιεροδιακόνου, Χ., Φωτιάδης, Χ., & Δημητρίου, Ε., 2010.** *Ψυχιατρική*. Θεσσαλονίκη: Εκδόσεις Μαστορίδης.

- **Καραγιάννης, Φ.**, 2015. *Παιδική και Εφηβική Κατάθλιψη*. Available at: <https://paidagogiko.gr/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Κοκκώλης, Κ.**, 2004. *Κατάθλιψη: Αίτια και αντιμετώπιση*. Available at: <https://www.iatronet.gr/> [Πρόσβαση: 25 Μαΐου 2020]
- **Κούκια, Ε.**, 2018. *Αρχές Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής: Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
- **Κωσταρίδου- Ευκλείδη, Α.**, 1999. *Θέματα Γηροψυχολογίας και Γεροντολογίας*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- **Κωστοπούλου, Μ.**, 2010. *Μύθοι και αλήθειες για την αυτοκτονία*. Available at: <https://www.otherside.gr/> [Πρόσβαση: 27 Μαΐου 2020]
- **Λεβεντάκη, Ε.**, 2020. *Τι είναι η κατάθλιψη;* Available at: <https://www.psychology.gr/> [Πρόσβαση: 27 Μαΐου 2020]
- **Λεμονίδου Χ., Πατηράκη – Κουρμπάνη Ε.**, (2002), *Θεμελιώδεις Αρχές της Νοσηλευτικής: Η Επιστήμη και η Τέχνη της Νοσηλευτικής Φροντίδας*, Τόμος Ι, Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης Επιμέλεια του: Taylor C., Lillis C., LeMone P., *Fundamentals of nursing*, Lippincott-Williams & Wilikins
- **Μάνος, Ν.**, 1992. <<Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής>> , Θεσσαλονίκη, Εκδόσεις: University Studio Press.
- **Μενιδιάτου, Α.**, 2012. *Κυκλοθυμική διαταραχή*. Available at: <https://mazi.org.gr/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Μενιδιάτου, Α.**, 2012. *Κατάθλιψη σε παιδιά και τους εφήβους*. Available at: <https://mazi.org.gr/> [Πρόσβαση: 26 Μαΐου 2020]
- **Πανταζόπουλος, Γ.**, 2016. *Ατομική θεραπεία*. Available at: <https://psychologos-pantazopoulos.gr/> [Πρόσβαση: 30 Μαΐου 2020]
- **Παπαγεωργίου-Βασιλοπούλου, Α.**, 2012. *Ψυχική Υγεία και Νοσηλευτική Επιστήμη*, Αθήνα, Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- **Παραδέλης, Α.Γ.**, 2011. *Κλινική Φαρμακολογία*, Αθήνα, University Studio Press.
- **Ράγια, Α.**, 2001. *Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας*, Αθήνα, Ιδιωτική Έκδοση.

- **Σταυριανάκος, Κ.,** 2016. *Ιατρεία Ψυχικής Υγείας: Γνωσιακή- Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία*. Available at: <https://www.stavrianakos.gr/> [Πρόσβαση: 30 Μαΐου 2020]
- **Φραδέλος, Ε., & Στάϊκος, Χ.,** 2013. Η συμβολή της ενεργητικής ακρόασης στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης στη νοσηλευτική ψυχικής υγείας. *Επιστημονικά Χρονικά*, 18(4), Σελ. 213-219.
- **Χαρίλα, Τ.,** 2012. *Ατομική ψυχοθεραπεία*. Available at: <https://kepsy.gr/> [Πρόσβαση: 30 Μαΐου 2020]
- **Χριστοδούλου, Γ.Ν.,** 2005. *Ψυχιατρική*. Εκδόσεις Βήττα, Αθήνα, 2005.

